

«Sexualité de l'homme pendant la grossesse : enquête et cas cliniques»

THÈSE

*présentée à la Faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine*

par

*Gilbert CHARBONNIER
de Genève*

Thèse N° 3757

GENÈVE
Imprimerie Nationale
1979

« Sexualité de l'homme pendant la grossesse : enquête et cas cliniques »

THÈSE

*présentée à la Faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine*

par

*Gilbert CHARBONNIER
de Genève*

Thèse N° 3757

GENÈVE
Imprimerie Nationale
1979

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Gaston
GARRONE autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre
par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 7 juin 1979

Le Doyen:
André CRUCHAUD

Thèse N° 3757



Mes remerciements à ceux qui m'ont permis de réaliser ce travail; en particulier aux pères qui ont rempli le questionnaire ou participé aux entretiens; à l'équipe d'obstétrique de la Maternité de Genève dirigée par le Professeur F. Béguin.

J'ai une dette de reconnaissance envers le Professeur Willy Pasini qui a dirigé cette recherche et ne m'a pas ménagé conseils et encouragements et aussi envers le Professeur Gaston Garrone qui a agréé cette thèse.

Mme Geneviève Wirth est à remercier au titre de collaboratrice puisqu'elle s'est chargée de la mise sur ordinateur et de l'aspect numérique des résultats de l'enquête.

S O M M A I R E

I	Introduction	p. 4
II	Littérature	p. 7
III	Sexualité de l'homme pendant la grossesse	
	A. Enquête	
	a) Méthodologie	p. 14
	b) Résultats	
	1 - Relations sexuelles et variations	p. 16
	2 - Corrélation entre les variables sociologiques et le comportement sexuel	p. 20
	3 - Influence de la sexualité antérieure	p. 22
	4 - Influence de l'histoire obstétricale	p. 23
	5 - Grossesse actuelle	p. 25
	6 - Rôle de la femme	p. 26
	7 - Influence des peurs éprouvées par l'homme	p. 28
	8 - Syndrome de Couvade	p. 31
	9 - Influence de l'information (information médicale, psycho-prophylaxie, autres)	p. 32
	B. Cas cliniques et essai de compréhension psychodynamique	p. 36
IV	Résumé et conclusions	p. 44
V	Annexes	
	a) Tableaux numériques	p. 47
	b) Questionnaire-type	p. 82
VI	Bibliographie	p. 93

I INTRODUCTION

De la sexualité durant la grossesse, il est peu parlé, du moins dans les publications médicales, tant obstétricales que sexologiques, et dans les livres qui s'adressent au public.

Il y a quelques années, Pasini et moi-même faisons déjà une telle constatation et nous avons voulu apporter une contribution à ce sujet en demandant à des femmes ce qu'il en était (29). Elles nous avaient parlé des changements qu'avait subi leur comportement sexuel durant la grossesse. Environ une sur deux nous avaient affirmé que leur partenaire masculin avait lui aussi modifié son comportement sexuel et les raisons invoquées pour expliquer ce changement tournaient principalement autour de préoccupations pour l'enfant, de gêne face aux modifications esthétiques du corps de la femme. Il semblait aussi qu'il y ait eu de nombreuses craintes, comme celle de blesser l'enfant avec son pénis, de rompre la poche, de déclencher un accouchement prématuré, voire de rendre l'enfant anormal. Le rôle de l'homme apparaissait comme important dans cette enquête; nous en avons cependant recueilli une image qui pouvait être déformée par l'optique de la femme, puisque c'était elle seule que nous avions interrogée. D'où l'idée d'enquêter en s'adressant aux hommes.

Ceci a été fait au moyen d'un questionnaire qui a été remis à des hommes dont l'épouse venait d'accoucher à la Maternité de Genève : il tente non seulement de définir le comportement sexuel de l'homme durant la grossesse, mais aussi d'établir des corrélations éventuelles entre le comportement sexuel et des paramètres tels que le vécu psychologique, la sexualité antérieure, l'importance de l'information, du gynécologue, etc. Ce questionnaire a été complété par une série d'entretiens en face à face, centrés sur la sexualité durant la grossesse, afin d'éviter, comme le soulignaient Garrone et Geisendorf (11), la superficialité nécessaire d'une enquête numérique seulement et l'excessive "psychologisation" d'une recherche qui néglige les aspects cliniques et méthodologiques.

Un travail sur la sexualité de l'homme pendant la grossesse se justifie non seulement parce que c'est un sujet qui jusqu'à présent a été peu touché par la recherche. La sexologie clinique si elle a certes à traiter des troubles de la fonction sexuelle, doit aussi s'occuper de la sexualité aux différentes étapes de la vie, dont l'une est la grossesse. D'autre part, dans une autre branche de la médecine, les obstétriciens ont reconnu le rôle de l'homme dans les problèmes de fécondité, ont trouvé souhaitable, voire nécessaire, de le faire participer à l'accouchement et dans cette période intermédiaire qu'est la grossesse, intermédiaire entre la conception

et l'accouchement, on peut se demander s'ils pourraient là encore l'inclure dans son rôle de futur père, de conjoint et partenaire sexuel d'une femme enceinte. Et puis, dans le domaine psychologique, il est communément connu que l'état de grossesse a de multiples répercussions sur la femme. Psychiatres et obstétriciens sont habitués, en raison de leur fréquence, à traiter les troubles psychologiques survenant chez la femme pendant la grossesse, surtout à l'accouchement et dans le post-partum. Mais avec Haynal (17), nous soulignerons que, moins connues, parce que passant le plus souvent inaperçues, en sont les répercussions psychologiques chez l'homme : troubles psychologiques mineurs (Curtis (6), états anxieux ou dépressifs "légers", troubles psychosomatiques légers (Trethowan et Conlon (38)), à côté de plus rares troubles de type hypochondriaque (Freemann (9)) ou états psychotiques aigus (Bucove (3), Zilboorg (43), Towne et Afterman (37), Haynal (18)). L'accès à la paternité, en effet, ne va pas sans remanier la personnalité, même s'il est ressenti le plus souvent comme un épanouissement.

Muldworf, dans "Le métier de père" (28), s'est posé la question de savoir "à quoi sert le père ?". Il distingue trois séries de significations liées au concept de paternité. Il y a tout d'abord la signification de la paternité pour le père lui-même : elle renvoie aux processus psycho-affectifs d'élaboration du sentiment paternel qui prend naissance au niveau du désir d'avoir un enfant d'une femme qui est aimée et qui se développe par l'exercice de la fonction paternelle. Cette notion introduit la deuxième série de significations de la paternité, à savoir la paternité pour l'enfant : le père a pour fonction indirecte d'apporter à sa femme l'amour et la sécurité affective dont elle a besoin pour être une "bonne" mère et pour fonction directe, en tant que représentant du sexe masculin, de réguler la distance entre la mère et l'enfant et, en tant que rival oedipien, de servir au développement de la personnalité de l'enfant. Muldworf voit enfin une signification de la paternité dans le contexte socio-culturel qui renvoie à des implications psychologiques mais aussi idéologiques et politiques.

Si la grossesse est pour l'homme une phase transitoire où il est en train d'acquérir le rôle et l'identité de père, cette acquisition, qui se concrétisera tout en se poursuivant dans la relation avec l'enfant, s'effectue dans une autre continuité, celle du développement psycho-affectif. L'identité masculine, en particulier, stabilisée depuis l'enfance, se verra remise en question pendant la grossesse, comme l'a montré Haynal (18), et le futur père pourra ressentir des sentiments d'ambivalence vis-à-vis de la femme ou de l'enfant parce qu'il s'identifie ou entre en compétition avec eux : la femme porteuse d'un enfant ne fait qu'exprimer son propre désir souvent inconscient d'avoir lui aussi un enfant et l'enfant est parfois ressenti comme seul bénéficiaire de la préoccupation de la future mère.

Dans notre culture actuelle cette ambivalence trouve fréquemment un exutoire dans ces phénomènes anxieux ou psychosomatiques mineurs signalés plus haut, tels que troubles de l'appétence, nausées, troubles digestifs, prise de poids, maux de dents (Curtis (6), Trethowan et Conlon (38)), et qui forment le syndrome de Couvade. Cette dénomination est empruntée à l'anthropologie qui, depuis Tylor (39, 40), a mis à jour des rites en vigueur dans de nombreuses civilisations qui permettent à l'homme d'accéder à la paternité : dans la Couvade dite pré-natale ou pseudo-maternelle le père se met au lit et est censé ressentir les douleurs de l'enfantement; dans la Couvade dite post-natale ou diététique, censé être faible et souffrant, il est alité et suit un régime alimentaire particulier (voir à ce sujet Haynal (18)).

Que la sexualité de l'homme soit modifiée durant cette phase cruciale de remaniement de sa personnalité qu'est la grossesse, c'est la thèse postulée et à vérifier selon une démarche quantitative et clinique.

II LITTÉRATURE

a) Littérature apportant des données objectives

Masters et Johnson ont investigué le comportement sexuel de l'homme et de la femme et à différentes étapes de la vie. Dans leur livre "Les réactions sexuelles" (25) se trouve résumée leur enquête sur la sexualité de l'homme pendant la grossesse. Ils ont interviewé 79 maris à la fin du troisième mois de la période du post-partum. Les résultats montrent que 31 partenaires masculins cessent les relations sexuelles au cours des deuxième et troisième trimestres, craignant surtout un préjudice physique pour le fœtus et pour leur femme. 18 parmi ces 79 hommes répondent qu'ils ne sont pas intéressés par la sexualité, sans trop savoir pourquoi. 5 sont gênés par les stigmates de la grossesse, c'est-à-dire gros ventre, etc. et trouvent ces stigmates répugnants. 2 reprochent à leur épouse une diminution de leur propreté. 71 hommes virent leur épouse recevoir une interdiction médicale concernant les relations sexuelles, et parmi ceux-ci, 21 acceptent cette interdiction médicale, mais 23 ne la comprennent pas ou disent être peu sûr que l'interdiction venait du médecin ou bien encore auraient voulu que le médecin explique à eux-mêmes aussi les raisons de cette interdiction. 12 hommes établissent une relation extra-conjugale lorsqu'il y a une interdiction médicale et ces relations extra-conjugales continuent en général durant le post-partum; de plus 3 hommes établissent de telles relations durant le post-partum. Parmi ces hommes, il y en a 3 qui établissent pour la première fois des relations extra-conjugales. En outre, à propos du post-partum, Masters et Johnson montrent le très grand souci manifesté par les hommes de savoir quand les relations sexuelles peuvent recommencer. Ils trouvent en effet qu'ils ne sont pas assez informés sur la physiologie et la psychologie de la femme enceinte et ceci est frappant, même si le groupe interrogé se situe dans un milieu plutôt universitaire. Toujours à propos du post-partum, Masters et Johnson notent que, malgré les interdictions médicales, plusieurs couples reprennent les relations sexuelles 2-3 semaines après l'accouchement et que c'est la femme qui demande cette reprise.

Dans notre enquête de Genève (29), comme dit plus haut, nous avons obtenu une vision du comportement sexuel de l'homme au travers des femmes que nous avons interrogées. Il n'y avait donc pas de changement pour 53 hommes sur un échantillon de 100, tandis que 47 avaient modifié leur comportement, soit de leur propre chef, soit en accord avec

leur femme. 42 hommes sur 47 avaient diminué la fréquence des relations sexuelles (12 dès le début de la grossesse, 12 au deuxième trimestre et 22 pendant les trois derniers mois). Au début de la grossesse pourtant, 5 hommes avaient augmenté la fréquence et 4 fois sur 5 c'était d'entente avec leur femme. Nous avons pu voir que l'homme semblait très préoccupé pour l'enfant (55 hommes le signalent), qu'il était gêné par les modifications esthétiques de la femme (19%) ou par les troubles physiques de la femme (9%). La crainte de blesser l'enfant avec le pénis était la crainte signalée le plus fréquemment (26%). Celle de rompre la poche, de rendre l'enfant anormal ou encore de déclencher un accouchement prématuré était parfois signalée. 5 hommes voulaient éviter de provoquer une infection et 2 avaient été gênés dès les premiers mouvements de l'enfant. Le changement du volume du ventre et d'aspect général de la femme ont été aussi signalés comme cause de baisse de la sexualité, de même que des causes physiques, telles des nausées ou des sécrétions irritantes du vagin. En essayant de se faire une idée sur les modifications d'attitude psychologique des hommes, nous avons pu savoir que 69 hommes sur 100 avaient modifié leur attitude de la façon suivante : 62 se sont montrés plus gentils, plus attentionnés, plus affectueux, plus compréhensifs. 7 par contre ont réagi négativement (4 devenant nerveux et agressifs, 2 jaloux de l'enfant à venir, 1 froid et distant). Nous concluons avec prudence qu'il n'y avait pas de relation directe entre la diminution de la sexualité et la diminution du lien affectif. Nous remarquons au contraire que la plupart des hommes s'étaient rapprochés de leur femme et que donc la sexualité pendant la grossesse dépendait surtout de facteurs physiques et psychologiques et non d'une crise psychologique dans le couple.

L'enquête de Simon et coll., publiée sous le titre "Rapport sur le comportement sexuel des Français" (34), consacre un paragraphe à la sexualité pendant la grossesse. Sur 100 personnes interrogées et ayant eu des enfants avec leur partenaire habituel, 31% (hommes et femmes) disent avoir poursuivi les rapports sexuels durant toute la grossesse et un même pourcentage déclare avoir eu des relations sexuelles durant les 7 ou 8 premiers mois. Dans la très grande majorité des cas, cette interruption a été le résultat d'une décision commune ou d'un accord tacite. Les hommes cependant ont gardé de la période de la grossesse, un souvenir quelque peu différent de celui des femmes, puisque 39% des femmes contre seulement 24% des hommes disent avoir continué les relations sexuelles toute la grossesse. Parmi ceux qui ont cessé d'avoir des relations sexuelles complètes au cours de la grossesse, environ la moitié déclare avoir "flirté avec leur conjoint". D'autre part, en ce qui concerne spécifiquement les hommes, 6% d'entre eux ont eu des rapports sexuels avec d'autres femmes. Les auteurs concluent à la nécessité de faire des recherches sur ce sujet et surtout de mettre au point une pédagogie sexuelle pendant la grossesse et ils se demandent si une bonne information aurait peut-être évité les relations extra-conjugales.

Sollberg et coll. (35), ont entrepris une étude sur le comportement sexuel de la femme durant la grossesse. Ils ont envisagé la fréquence des coïts, la fréquence des orgasmes, la fréquence de la stimulation manuelle, de la stimulation oro-génitale, les modifications de positions et aussi les causes de ces changements (douleurs physiques, peur de dommages pour le bébé, perte du désir sexuel, etc.), mais Sollberg et coll. n'ont pas pris en considération le rôle du partenaire masculin. Une telle exclusion se retrouve dans les études de Tolor et Di Grazia (36), Colmeiro-Laforet (5), Prochazka et Cernoch (32), Bartova et coll. (1), Mascherpa et coll. (25), Girardi (12), études qui toutes traitent de la sexualité durant la grossesse.

b) Littérature d'orientations diverses

On peut se référer tout d'abord à un classique, c'est-à-dire au "Comportement sexuel chez l'Homme et l'Animal" de Ford et Beach (8), qui envisagent la sexualité selon une triple perspective, physiologique, zoologique et ethnologique. Ford et Beach pensent qu'il est difficile de traiter du contrôle physiologique des activités sexuelles pendant la gestation. Il est cependant possible de constater qu'il y a chez les animaux une très grande variabilité du comportement : les souris, les lapines, les chattes, les rates, les brebis, les juments et les vaches permettent quelquefois le coït à un mâle actif, mais il existe de nombreuses espèces chez lesquelles il n'y a pas d'accouplement pendant la grossesse; chez les primates infra-humains, tels que le macaque rhésus, 3 ou 4 semaines après la fécondation, au moment où l'ovulation se produirait chez la guenon non gravide, il y a un regain considérable d'activité sexuelle, comme si la conception n'avait pas eu lieu; chez le chimpanzé, les coïts sont sporadiques. Envisageant ensuite le comportement sexuel dans différentes sociétés humaines, Ford et Beach ont étudié 60 sociétés et ils trouvent qu'il y en a un quart qui permettent la poursuite des rapports sexuels pendant le dernier mois de la gestation. Dans la plupart de ces sociétés, l'interdiction représente une protection du fœtus. Par contre, ils donnent le nom de 21 sociétés qui interdisent tout coït durant la grossesse. En général, cette proscription des activités sexuelles n'est exigée que de la femme et de nombreuses sociétés ont prévu des exutoires pour le mari de la femme enceinte. Il faut dire que de ces 21 sociétés qui interdisent le coït pendant la grossesse, 19 sont polygames et si l'homme dont la femme est enceinte est monogame, il peut souvent adopter le statut de célibataire et fréquenter des jeunes filles célibataires.

On sait que l'avis des obstétriciens, du moins à Genève, semble variable. A moins qu'il s'agisse d'une grossesse "précieuse" où est donnée alors très généralement une

interdiction de toute relation sexuelle, les obstétriciens, soit ne donnent aucun avis sur la sexualité pendant la grossesse, soit disent au couple de ne rien changer dans leurs habitudes, soit encore interdisent les relations sexuelles pour la période qui précède l'accouchement (cette période étant le plus souvent fixée à 6 semaines).

Tandis que Pugh et Fernandez (33) notent l'absence de tout effet des relations sexuelles sur la grossesse, y compris sur le début du travail chez les 600 femmes qu'ils ont étudiées et qui ont eu des relations sexuelles durant les dernières semaines de la grossesse, dans l'ouvrage d'Harold Lief "Medical aspects of human sexuality" (23), sont cités des cas où des relations sexuelles auraient induit le travail. Masters et Johnson (24), enregistrant les réponses physiologiques des coïts durant cette période-là, constatent que les contractions de l'utérus lors de l'orgasme se déroulent comme chez la femme non enceinte. 4 parmi les 6 femmes qu'ils ont investiguées ont vu le travail commencer après l'orgasme. Le Sex Information and Education Council of the United States (SIECUS) a publié un guide écrit par Israël et Rubin (19) qui tentent de faire le point sur ce sujet : une interdiction des relations sexuelles en raison du risque d'infection ne doit pas être retenu, mais par contre il faut tenir compte que les contractions utérines lors de l'orgasme peuvent initier le travail. Ils concluent donc que les relations sexuelles doivent être permises durant toute la grossesse, mais qu'en raison des recherches contradictoires au sujet de l'induction du travail, la proscription des relations sexuelles durant quelques semaines précédant l'accouchement doit être étendue à toutes les activités sexuelles procurant un orgasme, telle la masturbation. L'avis de l'obstétricien de plus devrait tenir compte des réactions individuelles du couple face à la sexualité, tant sur le plan somatique que psychologique. Si les relations sexuelles causent des douleurs vaginales ou abdominales, elles doivent être interdites de même qu'en présence de saignements utérins ou dès que la poche est rompue. Israël et Rubin conseillent encore de changer de positions pour rendre le coït plus confortable et le faciliter, c'est-à-dire d'éviter la position où le poids de l'homme s'exerce sur le ventre de la femme. Cette brochure du SIECUS insiste aussi sur les changements psychologiques survenant en relation avec la sexualité et s'appuie sur la recherche de Liebenberg (22) qui montre d'une part la perte de l'intérêt sexuel dès le premier trimestre chez la femme, généralement en raison d'une fatigue excessive, mais aussi le désintérêt marqué des hommes pour la sexualité, surtout dès les premiers mouvements de l'enfant, ce désintérêt étant accompagné à plusieurs reprises d'une peur de blesser l'enfant. Dans cette étude de Liebenberg, 65% d'hommes présentent des symptômes de grossesse. Les perturbations dans la relation maritale ont été d'autre part investiguées par Meyerowitz et Feldman (26) qui ont essayé d'estimer la satisfaction pendant la grossesse des deux conjoints (satisfaction non seulement sexuelle mais

envisagée selon différents paramètres et tout particulièrement en fonction de l'accès à la paternité). Ils indiquent que l'ajustement sexuel entre les deux conjoints est une cause majeure de plaintes. Les femmes rapportent fréquemment qu'elles sont peu au clair à propos de ce qu'elles doivent faire au niveau de la sexualité et qu'elles se sentent souvent de mauvaises épouses. L'homme quant à lui, vit une période spécialement difficile parce qu'il se sent lui-même inutile dans le ménage qui auparavant était organisé autour de lui.

Parmi les recherches sur le vécu de la paternité, nous citerons l'enquête de l'équipe de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg (4), enquête qui a surtout pour but de démontrer l'importance de l'intégration des futurs pères aux cours de psychoprophylaxie obstétricale. (la nécessité d'inclure les pères à ces cours est aussi avancée par Gondonneau et Garnier qui ont écrit un ouvrage intitulé "La sexualité de la femme enceinte" (13) mais qui ne consacre que deux pages à l'attitude de l'homme) : la nervosité, l'anxiété, les inquiétudes exagérées de ces pères sont plus marquées s'ils n'ont pas suivi les cours; ils songent au danger que va courir leur épouse et ressentent comme un mystère angoissant l'évènement de l'accouchement qu'ils imaginent comme une scène d'horreur sanglante et mutilante ou bien ils craignent encore une anormalité de leur enfant. Dans un groupe de 22 pères ayant suivi la préparation prophylactique un seul a signalé des troubles digestifs inhabituels et des insomnies. Il s'agissait d'un étudiant de 23 ans dont le mariage s'est hâtivement conclu au 5ème mois de la grossesse. Dans un groupe de 28 pères qui n'ont pas suivi les cours, il a été trouvé trois cas d'accroissement pondéral et trois cas de troubles digestifs. Il s'agit donc là de l'apparition du syndrome de Couvade. L'investigation des rêves a mis en évidence la fréquence de rêves d'enfants anormaux ou monstrueux ou bien encore des rêves exprimant l'impuissance de l'homme devant la femme qui accouche. L'apparition du syndrome de Couvade a été estimée par Trethowan et Conlon (38) dans une enquête qui ne concerne pas à proprement parler la sexualité pendant la grossesse : un groupe de 327 hommes dont la femme est enceinte est comparé à un groupe de 221 hommes mariés dont les femmes ne sont pas enceintes. 11% des pères en attente manifestent des troubles psychosomatiques sous forme de troubles de l'appétence, de maux de tête, de nausées et de vomissements.

Dans une orientation psychiatrique, on citera encore Curtis (6) qui enquête sur 55 soldats des Forces armées américaines ayant des antécédents psychiatriques. Ceux-ci présentent des fantasmes de rejet de l'enfant à venir, alors que des sujets sans pathologie psychiatrique sont plus aptes à assumer leur image paternelle. Des états psychotiques en relation avec la grossesse, l'accouchement et l'accès à la paternité sont rapportés dans la littérature par Bucove (3), Freeman (9), Towne et Afterman (37), Haynal (18), Zilboorg (43).

c) Littérature d'orientation psychanalytique

En remontant à l'Antiquité, on trouve le concept de bisexualité en Grèce ancienne dans le Mythe d'Aristophane par exemple. Et moins loin, Ovide a conté les malheurs d'Hermaphrodite ou de Cenis dans les Métamorphoses. Si ce concept ne représente donc pas une originalité de la psychanalyse, il va néanmoins ici servir de fil conducteur. Il sous-tend les travaux de Freud (voir en particulier les "Trois essais sur la théorie de la sexualité" (10)), même s'il s'est surtout attaché et a développé le thème de la peur de la castration et que le désir de l'homme d'avoir des enfants a été affirmé et étudié par d'autres analystes, comme par exemple Mélanie Klein (20), qui voit ce désir surgir à un âge extrêmement précoce; ou encore Winnicott (42), qui décrit la nature humaine comme clivée en des éléments masculins et féminins. Groddeck, analysant la signification symbolique des symptômes somatiques, voit dans les maux de dents le symbole de l'enfant à naître (14), dans la constipation, en se référant aux théories sexuelles infantiles et en particulier à celle où la fécondation se fait par l'anus, une peur de la grossesse (15). Il affirme même que la forme du ventre est en relation avec les représentations enfantines de la grossesse (16). Eugénie Lemoine-Luccioni (21) parle de féminisation de l'homme pendant la grossesse et après l'accouchement : "... c'est que dans le couple l'enfant remplace le mari qui, ne servant plus à rien, se sent rejeté, à moins qu'il ne s'en tienne au rôle de nourrice sèche, et ne prenne alors auprès de sa femme la place de sa mère. Ne pouvant plus avoir l'Autre (la Femme), il l'est devenu en effet. Il s'est féminisé autant que faire se peut. Sa manière à lui d'être femme, sa manière à lui d'engendrer, c'est de porter l'enfant non dans son ventre bien sûr, encore qu'il s'y passe souvent des choses, mais à l'extérieur, sur son dos ou dans ses bras,...". Poul Faergemann (7) apporte l'expérience psychanalytique qu'un homme saigne, dans ses rêves et dans ses fantasmes, du nez ou de l'anus ou encore d'une blessure, et que ces saignements représentent une souffrance inconsciente de castration. Mais un homme qui a été psychologiquement émasculé n'est pas simplement un homme castré, il se change en une femme et saigne comme une femme. Il a alors des menstruations, il est défloré et donne naissance à des enfants. On lira encore par exemple le volume 7 de la Nouvelle Revue de Psychanalyse pour un tour d'horizon sur cette notion de bisexualité avec un éclairage à la fois biologique et psychanalytique (2).

On citera aussi la découverte de John Money et Geoffrey Hosta d'un folklore survenant chez des Noirs homosexuels américains. Ceux-ci mettent au monde des "blood babies" qui sont formés à la suite des relations anales; il s'écoule deux à trois mois entre la relation sexuelle et "l'accouchement" qui se passe aux toilettes. Le "blood baby"

sort par le rectum sur les feces; il est sanguinolent, gélatineux et a une apparence indifférenciée. cette recherche, selon les auterus, ne représente pas des fantasmes individuels mais un morceau de folklore social.

Ces données qui toutes tournent autour de l'idée qu'il existe une partie féminine chez tout individu masculin nous conduisent à nouveau à ce syndrome de Couvade qu'Haynal a traité dans une perspective anthropologique, psychiatrique et psychodynamique, et ceci à propos d'un cas de décompensation psychotique survenue chez un homme après la venue au monde d'un enfant (18). Les méandres de l'établissement de l'identité masculine passent, au stade pré-oedipien, par le désir chez le garçon d'avoir un enfant. Ensuite au stade oedipien, l'identité sexuelle définitive se fait par identification au parent du même sexe. Cette identité masculine subit des remaniements au moment de l'adolescence et lors des grossesses. Si elle n'a été que partiellement réussie durant l'enfance (homosexualité latente), l'incapacité à renoncer au désir d'avoir un enfant peut alors être réactivée pendant la grossesse et l'accouchement et entraîner un mouvement d'identification à la femme, qui peut s'exprimer par une compétition dans les soins à l'enfant ou encore par la symptomatologie de la Couvade, qui, dans les cas graves, peut aller jusqu'au sentiment de perte d'identité et aux phénomènes de dépersonnalisation. La Couvade est à comprendre en effet comme une tendance incestueuse non résolue à remplacer le père, qui s'accompagne d'une reviviscence ou d'une recrudescence de l'angoisse de castration, d'où, au niveau inconscient, une agressivité contre la mère toute-puissante qui peut avoir des enfants ou contre l'enfant à naître qui est vécu, au niveau d'une anticipation fantasmatique, comme un rival auprès de l'épouse-mère, et, au niveau expressif, la présence des symptômes de Couvade.

III

SEXUALITE DE L'HOMME PENDANT LA GROSSESSE

A. ENQUETE

a) Matériel d'étude et méthodologie

1 - Echantillon

L'enquête a été réalisée en 1976 à la Maternité de Genève au moyen d'un questionnaire remis par les sages-femmes aux femmes qui venaient d'accoucher. En leur expliquant les buts de ce travail, elles leur demandaient de bien vouloir remettre ce questionnaire à leur mari. Après l'avoir rempli anonymement, celui-ci avait alors la possibilité de le rendre à la sage-femme ou de nous l'adresser par la poste au moyen d'une enveloppe jointe au questionnaire.

Nous avons choisi ce mode de faire, car nous ne voulions pas que l'enquête se déroule à l'insu de la femme qui venait d'accoucher. Nous lui demandions au contraire une sorte de collaboration qu'elle pouvait accepter ou refuser, puisqu'elle avait la possibilité de remettre ou de ne pas remettre le questionnaire à son mari. La sage-femme insistait cependant pour que celui-ci remplisse seul le questionnaire. Le mari avait lui aussi toute sa liberté vis-à-vis du questionnaire (il pouvait ne pas le remplir) et vis-à-vis de son épouse (il pouvait lui communiquer ses réponses ou ne pas le faire).

En recrutant notre échantillon de cette manière-là, nous nous sommes exposés au risque de ne recevoir que peu de réponses. Nous avons reçu 117 questionnaires remplis, ce qui représente un taux de réponse de 20% qui correspond à notre attente et au taux de réponse d'autres enquêtes ayant utilisé le même mode de distribution que celui que nous avons choisi.

Notre échantillon ne saurait donc prétendre à être représentatif de la population du Canton de Genève, ou des maris des femmes qui accouchent à la Maternité mais on verra plus loin que les variables sociologiques apparaissent comme relativement peu influentes sur le comportement sexuel. Au plan de ces variables sociologiques, l'échantillon se distribue de la façon suivante :

<u>Age :</u>	moins de 25 ans	11,1%
	entre 25 et 30 ans	44,4%
	entre 31 et 39 ans	39,3%
	40 ans et plus	4,3%
	SR (= sans réponse)	0,9%
	(n = 117 = 100%)	

<u>Nationalités</u>	Suisse	56,4%
	France	17,1%
	Italie	11,1%
	Espagne	5,1%
	Autre	8,5%
	SR	1,7%

<u>Etat-civil</u>	Mariés	99,1%
	Célibataires	0%
	SR	0,9%

<u>Religions</u>	Catholiques	49,6%
	Protestantes	35,0%
	Israélites	0,9%
	Musulmanes	0,9%
	Autres	1,7%
	Sans	11,1%

<u>Professions</u>	Sans, chômeurs	0,9%
	Ouvriers	21,4%
	Artisans	6,0%
	Employés	34,2%
	Commerçants	5,1%
	Cadres, professions libérales	23,9%
	Etudiants	4,3%
	Professions médicales ou para-médicales	4,3%

2 - Description des hypothèses principales et méthodologie

Nous avons défini comme variable dépendante le désir et la fréquence des relations sexuelles, envisagés dans les trois trimestres de la grossesse. Le désir et la fréquence, en terme d'augmentation, de diminution ou de non-changement, sont comparés, pour le premier trimestre, à ce qu'ils étaient avant la grossesse; pour le deuxième, à ce qu'ils étaient au cours du premier trimestre et pour le troisième trimestre, à ce qu'ils étaient au cours du deuxième trimestre. Nous cherchons d'autre part à savoir quelles sont les variations du comportement sexuel durant la grossesse.

Nous avons émis l'hypothèse que différents paramètres (variables indépendantes) pouvaient influencer le désir et la fréquence sexuelle durant la grossesse : ce sont les variables sociologiques, l'histoire obstétricale, la sexualité avant la grossesse, la grossesse elle-même, le rôle de la femme, le vécu psychologique durant la grossesse, l'information sexologique et le gynécologue.

En aucun cas nous ne nous permettons d'établir des relations de causalité entre ces variables indépendantes et la sexualité durant la grossesse, c'est-à-dire que nous ne parlerons que d'influence d'une variable donnée sur une autre d'après des corrélations quantitatives. Nous avons dû renoncer à une évaluation à proprement parler statistiquement significative (évaluation du χ^2) en raison du fait que notre échantillon est trop petit (117).

b) Résultats de l'enquête

1 - Relations sexuelles et variations

Relations sexuelles

Nous avons demandé si le désir et la fréquence des relations sexuelles avaient augmenté, diminué ou n'avaient pas changé, ceci pour chaque trimestre de la grossesse. Le premier trimestre, comme écrit plus haut, est comparé à la période précédant la grossesse, tandis que le 2ème trimestre est comparé au 1er et le 3ème trimestre au 2ème. Nous n'avons pas pris en considération la satisfaction sexuelle : il nous a semblé difficile de le faire chez l'homme autrement qu'en terme d'apparition, de disparition ou de persistance de problème sexuel (ceci sera envisagé plus loin).

Tableau 1 : Comportement sexuel de l'homme au cours des trois trimestres de la grossesse

	D E S I R			
	+	-	=	SR/NP
1er trim.	11,1	7,7	80,3	0,9
2e trim.	5,1	22,2	70,1	2,6
3e trim.	4,3	41,9	52,1	1,8
	F R E Q U E N C E			
	+	-	=	SR/NP
1er trim.	4,3	27,4	65,8	2,6
2e trim.	6,0	43,6	47,9	2,6
3e trim.	4,3	70,1	20,5	5,1

Résultats en % (n = 117 = 100%)

SR = sans réponse
NP = non pertinent

L'amélioration du désir survient chez 11,1% des hommes au 1er trimestre. On peut supposer que certains hommes, heureux de l'annonce que leur femme est enceinte, se rapprochent d'elle et voient ainsi leur désir sexuel augmenter. Au 2ème et au 3ème trimestre, le désir subit peu d'amélioration. Il est surtout significatif qu'il diminue progressivement au cours des trois trimestres. La diminution est présente chez 7,7% des hommes au 1er trimestre, passe à 22,2% au 2ème et survient dans un pourcentage de 41,9% au 3ème trimestre.

La fréquence n'augmente que rarement. Ceci est vrai dans les trois trimestres. Elle diminue au contraire, elle aussi, progressivement au cours des trois trimestres. On constate que la diminution de la fréquence est plus marquée que celle du désir, qu'elle est mentionnée au 1er trimestre déjà par plus d'un quart des hommes et qu'au 3ème trimestre elle se monte à 70,1%. 2,6% des hommes de notre échantillon n'ont eu aucune relation sexuelle durant toute la grossesse, tandis que 5,1% n'ont diminué le nombre des relations sexuelles à aucun des trois trimestres.

On pouvait s'attendre à une augmentation du désir lorsque la fréquence diminue. Ce n'est pas le cas : il y a donc diminution globale de la sexualité pendant la grossesse.

Nous n'avons pas interrogé les épouses des hommes notre échantillon. Nous rappellerons pour mémoire le tableau de la sexualité de la femme pendant la grossesse tel qu'il apparaissait dans notre précédente recherche (29).

Tableau 1 bis : Sexualité de la femme pendant la grossesse (en %)

	D E S I R			
	+	-	=	SR/NP
1er trim.	15	21	64	0
2e trim.	14	42	44	0
3e trim.	10	73	15	2
	F R E Q U E N C E			
	+	-	=	SR/NP
1er trim.	11	25	64	0
2e trim.	7	49	44	0
3e trim.	3	84	11	2

Trois constatations semblent s'imposer à la comparaison des deux tableaux. Tout d'abord il y a concordance dans la diminution progressive du désir et de la fréquence au cours des trois trimestres. Ensuite, alors que les pourcentages de la fréquence sont remarquablement superposables pour les deux échantillons, on remarque que le désir de la femme diminue beaucoup plus que celui de l'homme mais aussi qu'il augmente plus, surtout au deuxième et au troisième trimestre.

Nous ajouterons encore les points suivants :

Date des derniers rapports sexuels

23,1% des maris ont eu des relations sexuelles dans la semaine qui a précédé l'accouchement; 42,2% les ont interrompues dans les six semaines précédant l'accouchement, tandis que 32,5% d'entre eux les ont stoppées avant les six dernières semaines. Rappelons que 2,6% des hommes n'ont eu aucune relation sexuelle durant toute la grossesse.

Troubles sexuels

L'apparition, la diminution ou la persistance des troubles sexuels (difficulté d'érection, d'éjaculation, éjaculation précoce) ne se manifeste durant la grossesse que dans des pourcentages qui n'excèdent pas 5%. Nous supposons que la faiblesse de ces taux (en particulier pour l'éjaculation précoce, rarement ou souvent présente chez 39,3% des hommes avant la grossesse) s'explique par la rareté des relations sexuelles pendant la grossesse, comme chez cet homme qui signalait des éjaculations précoces souvent présentes avant la grossesse et qui a répondu avoir eu quelques rares relations sexuelles au premier trimestre seulement : nous pensons que cet exemple peut être généralisé.

Changements de position

30,8% des couples adoptent une position lors des relations sexuelles qui pour eux est nouvelle ou inhabituelle. Nous n'avons pas demandé quelles étaient ces positions et si des difficultés avaient été rencontrées.

Caresses sexuelles

59,0% des couples pratiquent des caresses sexuelles en remplacement des relations sexuelles complètes, tandis que 21,4% ne pratiquent pas de telles caresses sexuelles de remplacement (on obtient le 100% en ajoutant : 5,1% des couples qui n'ont pas diminué le nombre de relations sexuelles et 14,5% de "sans réponse" ou de "réponses non pertinentes"). Ces caresses sont le plus souvent réciproques (38,5%), moins fréquemment sont données par la femme à l'homme (14,5%) ou par l'homme à la femme (6,0%) (38,5% + 14,5% + 6,0% = 59,0%). Elles sont bien entendu plus fréquentes au 3ème trimestre et sont corrolaires de la persistance du désir sexuel.

Tableau 2 : Corrélation entre les caresses sexuelles et le désir sexuel au 3ème trimestre.

		D E S I R			
		+	-	=	SR/NP
Caresse de remplacement	Non (26,6%)	4,0	60,0	36,0	0
	Oui (73,4%)	4,3	39,1	55,1	1,4

Masturbation

Elle est en augmentation durant la grossesse chez 37,6% des hommes de notre échantillon.

Relations extra-conjugales

12,0% de ceux qui ont répondu à notre questionnaire disent avoir établi des relations extra-conjugales et pour 4,3% c'est la première fois. Ces chiffres correspondent à ceux du Rapport sur la Sexualité des Français du Dr Simon.

Rêves

Chez les femmes (29), les rêves érotiques semblaient suivre la courbe de la sexualité au début de la grossesse (celles qui ont souvent rêvé sont plutôt celles dont la vie sexuelle s'est améliorée, tandis que celles qui n'ont jamais rêvé font plutôt partie de celles dont la sexualité a été réduite). Au troisième trimestre ils semblaient compenser une vie sexuelle plus faible. Chez les hommes, les rêves érotiques sont signalés plus fréquemment que chez les femmes (47% contre 27%), et ils surviennent plus fréquemment qu'avant la grossesse chez 27%. Ils augmentent quantitativement au cours des trimestres et suivent donc une courbe inversement proportionnelle à celle de la fréquence des relations sexuelles, ce qui laisse penser qu'ils ont, chez l'homme aussi, un caractère compensatoire, mais durant toute la grossesse.

Des rêves agréables concernant l'enfant sont signalés par 32,5% des hommes, tandis que 4,3% d'entre eux ont fait, au sujet de l'enfant, des cauchemars. Nous n'avons pas demandé quelle était le contenu de ces rêves, question importante du point de vue psycho-dynamique parce qu'elle permettrait d'approcher certains conflits entre sexualité et paternité.

2 - Corrélation entre les variables sociologiques et le comportement sexuel

Age

Les hommes de moins de 25 ans présentent des variations plus marquées (en plus et en moins) du désir au 1er et 2ème trimestre. Au 3ème trimestre, l'amélioration

du désir dans ce groupe-là reste manifeste (tableau 3 en annexe).

En ce qui concerne la fréquence on note une amélioration plus marquée chez les moins de 25 ans au 1er et au 3ème trimestre et une diminution nettement moindre au 2ème et 3ème trimestre.

En conclusion, on retiendra une amélioration de la sexualité plus marquée chez les jeunes et une diminution moindre du nombre des relations sexuelles au 2ème et 3ème trimestre dans ce même groupe. On regrettera que le groupe des hommes de plus de 40 ans soit si faiblement représenté qu'il ne peut être évalué. Nous rappellerons que nous constatons aussi une amélioration chez les femmes jeunes lors de notre enquête précédente et on peut donc penser que cette amélioration n'est pas due à la parité mais au fait que les débuts de la vie commune ont une influence positive sur la sexualité.

Nationalité

Les corrélations entre nationalité et comportement sexuel ne donnent pas des résultats bien significatifs (tableau 4 en annexe). On a seulement l'impression que les Suisses et les Français ont un comportement sexuel assez semblable. Les Italiens semblent voir leur désir et leur fréquence sexuels diminuer dès le premier trimestre, mais ce n'est pas vrai des Espagnols chez lesquels on serait tenté d'attendre des modifications semblables, (du reste ce groupe est très faiblement représenté). On voudra cependant garder en mémoire cette diminution précoce de la sexualité chez les Italiens et la mettre en parallèle avec le fait exprimé plus loin que ceux-ci estiment plus souvent que leur information sexuelle est insuffisante.

Religion

Nous avons cherché à trouver des corrélations entre religion et comportement sexuel. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les trois groupes les plus représentés, c'est-à-dire les catholiques (49,6%), les protestants (35%) et les hommes sans religion (11,1%), le 100% étant obtenu en additionnant les personnes appartenant à d'autres religions (tableau 5 en annexe).

Nous sommes amenés à des conclusions semblables lorsque nous corrélons pratique religieuse (régulière 11,1%; irrégulière 26,5%; sans pratique 56,4%) et comportement sexuel (tableau 6 en annexe).

La religion et la pratique religieuse semblent donc sans influence sur la sexualité de l'homme pendant la grossesse.

Profession

Dans notre échantillon, certaines professions sont trop faiblement représentées pour que nous puissions les corrélérer avec le comportement sexuel : ce sont les artisans (6,0%), les commerçants (5,1%), les étudiants (4,3%), les membres des professions médicales ou para-médicales (4,3%) dont nous voulions faire un groupe séparé. Par contre, ces corrélations sont possibles avec les ouvriers (21,4%), les employés (34,2%) et les cadres (23,9%) (Pour obtenir le 100% on ajoutera : SR 0,9%) (tableau 7 en annexe).

Ces corrélations montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les trois groupes professionnels isolés, sauf pour la fréquence au 2ème trimestre : une augmentation du nombre des relations sexuelles ne survient que chez les employés et on constate une diminution nettement plus marquée chez les cadres. Une interprétation de tels résultats ne semblent pas possible et nous serons amenés à la conclusion que la profession n'influence pas significativement la sexualité durant la grossesse, du moins dans notre échantillon.

3 - Influence de la sexualité antérieure

Notre questionnaire demandait aux hommes de porter un jugement global sur leur sentiment de satisfaction sexuelle avant la grossesse. Nous avons obtenu les résultats suivants : 59,8% qualifient leur sexualité avant la grossesse comme "tout-à-fait satisfaisante"; 34,2% la trouvent "assez satisfaisante" et 4,3% "pas du tout satisfaisante" (SR = 1,7%). Nous avons corrélés ces réponses avec le comportement sexuel durant la grossesse (tableau 8 en annexe) et constaté que ce sentiment global et subjectif de satisfaction sexuelle avant la grossesse n'intervient pas sur le désir, mais qu'il influence par contre la fréquence des relations sexuelles : les hommes qui qualifiaient leur sexualité "d'assez satisfaisante" ou de "pas du tout satisfaisante" (tenir compte du très petit nombre que représente ce dernier groupe) voient leur fréquence sexuelle diminuer au cours de la grossesse et durant les trois trimestres de façon plus marquante que le groupe qui qualifiait sa sexualité avant la grossesse de "tout-à-fait satisfaisante".

Le désir sexuel avant la grossesse en terme de présence ou d'absence donne les résultats suivants (tableau 9 en annexe) : le désir durant la grossesse diminue d'autant plus que le désir avant la grossesse était faible, ceci est vrai durant les trois trimestres. On constate aussi une stabilité plus grande au 2ème et

3ème trimestre si le désir était toujours présent. Quant à la fréquence, elle diminue moins au 1er trimestre si le désir était toujours présent avant (il n'y a pas de différence notable entre les deux groupes les plus représentés ("toujours présent" et "souvent présent") au 2ème et 3ème trimestre).

Le nombre des relations sexuelles avant la grossesse, (tableau 10 en annexe) influence la sexualité durant la grossesse de façon tout à fait semblable en agissant sur le désir, au 1er et 3ème trimestre, et la fréquence, dans les trois trimestres, dans le sens d'une plus grande stabilité. Plus les relations sexuelles avant la grossesse étaient fréquentes, moins elles diminuent pendant la grossesse.

Nous sommes donc amenés à conclure que la sexualité antérieure influence la sexualité durant la grossesse, ce que nous pourrions exprimer dans les termes suivants : si la sexualité avant la grossesse était bonne, elle le reste, si elle ne l'était pas, elle se péjore durant la grossesse. Cette affirmation semble du reste être confirmée par le fait que, si l'homme avait des éjaculations précoces avant la grossesse, il y aura, durant la grossesse, une baisse du désir dès le 1er trimestre et de la fréquence dans les deux premiers trimestres (tableau 11 en annexe). En raison du petit nombre d'hommes qui présentaient des difficultés d'érection ou des éjaculations trop lentes ou impossibles avant la grossesse (respectivement 7,7% et 6,0%), nous ne tenterons aucune corrélation avec ces deux groupes.

4 - Influence de l'histoire obstétricale

Nombre d'enfants

Dans notre échantillon, 45,3% des hommes n'avaient jusqu'à présent aucun enfant; 41,0% en avaient un; 12,0% deux et 1,7% trois ou plus. Nous supposons que le fait d'avoir déjà des enfants modifie le comportement sexuel. Cette hypothèse se vérifie au niveau du désir qui diminue moins au 2ème et 3ème trimestre lorsque le couple a déjà eu des enfants. Par contre, ce même type de résultat n'est pas obtenu pour la fréquence, comme on aurait pu s'y attendre, (tableau 12 en annexe). D'autre part, la parité influence la sexualité au moins pas le biais des peurs pour l'enfant puisqu'elles sont moins souvent signalées lorsque le couple a déjà eu des enfants (tableau 13 en annexe).

Fausse-couche

Comme on peut s'y attendre, au 1er trimestre, le désir et la fréquence diminuent très nettement s'il y a eu une fausse-couche antérieurement. Il est par contre surprenant de constater une baisse du désir tout aussi nette au 3ème trimestre dans ce même groupe (tableau 14 en annexe). On peut se demander si les peurs pour l'enfant sont alors plus fréquentes. La corrélation entre fausse-couche et peurs pour l'enfant montre que c'est le cas puisque 78,9% des hommes qui ont connu une fausse-couche dans le passé ont de telles peurs, contre 49,5% s'il n'y a pas eu de fausse-couche (tableau 15 en annexe).

Interruption de grossesse

L'étude de Pasini et Kellerhals (31) montrait que les séquelles des interruptions de grossesse étaient relativement peu importantes et nous avons été surpris de découvrir une influence de l'interruption de grossesse sur la sexualité pendant la grossesse : au 2ème trimestre, le groupe qui signale une interruption de grossesse voit son désir sexuel diminuer de façon plus marquée. Il en va de même pour la fréquence au 2ème et 3ème trimestre (tableau 16 en annexe). Une fois encore, ce groupe manifeste plus souvent des peurs pour l'enfant (tableau 17 en annexe).

Enfant prématuré

Quatre hommes, dans notre échantillon, ont eu précédemment un enfant prématuré. Ce chiffre est trop peu important pour que nous puissions vérifier numériquement l'hypothèse que la venue d'un enfant prématuré influence le comportement sexuel lors d'une grossesse postérieure (ce qui semble pourtant vrai si on examine chacun de ces quatre questionnaires individuellement).

Désir de grossesse actuelle

Le questionnaire offrait le choix entre quatre réponses possibles : la grossesse actuelle était "très attendue" (45,3%), "volontaire" (35,0%), "accidentelle" (5,1%) ou "plus ou moins désirée" (14,5%). Il apparaît légitime de regrouper les deux premières réponses ("très attendue" et "volontaire") car elles correspondent à un désir apparemment non ambivalent de la grossesse actuelle, et les deux dernières réponses ("accidentelle" et "plus ou moins désirée") qui correspondent à un désir ambivalent (tableau 18 en annexe).

Tant au niveau du désir que de la fréquence, on note au premier et au 2ème trimestre une diminution plus marquée lorsque le désir de la grossesse était "ambivalent".

Au troisième trimestre, par contre, ce groupe montre une diminution plus faible du désir et de la fréquence. Il semble donc que, lorsque le désir de grossesse est "ambivalent", le désir et la fréquence subissent une diminution qui se manifeste plus tôt, c'est-à-dire au 1er et 2ème trimestre déjà.

5 - Grossesse actuelle

Etat somatique de la femme

Lors de notre enquête précédente, nous avons pu dire que les symptômes somatiques survenant chez la femme durant la grossesse avaient une influence négative sur sa sexualité : la fatigue avait une influence évidente au 3ème trimestre; le gros ventre et l'obésité au 2ème et 3ème trimestre; les vomissements au 1er trimestre; les algies (dyspareunie, algies pelviennes, maux de ventre divers) au 3ème trimestre surtout; les menaces pour la grossesse (hémorragies, contractions douloureuses, traitement conservateur) influençaient surtout la fréquence au 3ème trimestre.

Nous voulions savoir quelles étaient les répercussions de ces ennuis physiques de la femme sur la sexualité de l'homme et notre corrélation (tableau 19 en annexe) montre que le désir ne change pas si la femme a eu des ennuis physiques. Quant à la fréquence, elle subit la diminution attendue au 1er trimestre seulement.

Ainsi les ennuis physiques survenant au cours de la grossesse n'ont pas d'influence évidente sur la sexualité de l'homme (notre hypothèse ne pourrait être retenue que pour les vomissements, puisque c'est le symptôme physique qui est rencontré le plus souvent au premier trimestre). Est-ce à dire que l'homme, dans sa sexualité, ne tient pas compte de l'état physique de sa femme ?

Premiers mouvements

Les premiers mouvements sont un moment important de la grossesse. L'enfant, jusque là, ne s'était signalé que par des signes indirects : l'interruption des règles, un test de grossesse positif, peut-être par des nausées et des vomissements. La femme, souvent, a pu se voir confirmer la présence de son enfant en entendant les bruits de son cœur ou en visualisant sa silhouette sur une image ultra-sonique, examens auxquels le conjoint rarement assiste. Lorsque l'enfant se met à bouger, les choses se précisent, se concrétisent, pour le père aussi. L'importance de cet événement est affirmée par le fait que 32,5%, c'est-à-dire un tiers des hommes interrogés, considèrent que leur enfant est un être vivant dès ce

moment-là (43,6% répondent "dès la conception"; 9,4% "dès la naissance"; 5,1% "dès qu'il est viable"; 3,4% "ne savent pas"; 3,4% donnent une autre réponse et 2,6% restent sans réponse).

Au niveau de la sexualité, les premiers mouvements produisent des modifications chez presque la moitié des hommes : 41,9% disent que leur sexualité a changé alors dans le sens d'une diminution, 2,6% dans le sens d'une augmentation; 51,3% affirment qu'elle est demeurée inchangée depuis les premiers mouvements; 4,3% restent sans réponse.

Modifications esthétiques du corps de la femme

Nous nous demandons si les modifications du corps de la femme qui surviennent au cours de la grossesse ont une influence négative sur la sexualité de l'homme : 34,2% ont répondu avoir été "un peu gênés", 8,5% "beaucoup", tandis que 52,1% affirment que ces modifications esthétiques n'ont pas eu de telle influence.

Il nous faut savoir encore comment se répercute cette gêne au niveau du désir et de la fréquence des relations sexuelles pendant la grossesse (tableau 20 en annexe) et nous trouvons que le groupe qui n'a pas été gêné ne présente pas d'amélioration de la sexualité, ce qui laisse penser que les modifications esthétiques ne sont pas vécues positivement dans le domaine de la sexualité. On aurait pu en effet s'attendre à ce que l'image du corps de la femme enceinte soit vécue, dans un certain nombre de cas, comme plus sensuel, plus érotique. Au contraire, et de façon évidente, le désir et la fréquence diminuent beaucoup si l'homme est gêné par les modifications esthétiques. Il est de plus remarquable que l'on trouve cette diminution plus accentuée au premier trimestre de la grossesse déjà, à une période où les modifications corporelles sont peu évidentes. On peut voir ici que c'est bien la représentation de ce corps de femme devenue mère "qui gêne" et non un corps dont seules les lignes esthétiques sont modifiées.

6 - Rôle de la femme

Influence de la sexualité de la femme pendant la grossesse

On s'attend à ce que la sexualité de la femme influence la sexualité de l'homme pendant la grossesse. Nous avons pris comme paramètre la satisfaction sexuelle de la femme et demandé si, de l'avis de l'homme, cette satisfaction avait subi des modifications au cours des trois trimestres de la grossesse. Les hommes semblent avoir

constaté une amélioration de la satisfaction sexuelle de leur épouse bien plus souvent qu'eux-mêmes signalent une amélioration de leur désir ou de la fréquence dans leurs relations sexuelles : 12,8% des femmes auraient vu leur satisfaction sexuelle s'améliorer au 2ème et 3ème trimestre, alors que les pourcentages d'amélioration du désir et de la fréquence chez les hommes n'excèdent pas 6% dans ces trimestres-là.

La corrélation entre la satisfaction sexuelle de la femme et la sexualité de l'homme pendant la grossesse (tableau 21 en annexe) nous amène à conclure que l'amélioration de la satisfaction sexuelle de la femme concorde très clairement avec une amélioration du désir et de la fréquence sexuelle chez l'homme. Il en va de même pour la diminution de la satisfaction chez la femme, et ceci est vrai dans les trois trimestres. Le comportement sexuel de l'homme et de la femme sont donc, durant la grossesse, dans une interaction qui se manifeste par des variations symétriques. Est-ce à dire que, dans la généralité, qu'il n'y a pas de conflit dans le couple et que l'équilibre est ainsi maintenu, même s'il y a variation du comportement sexuel ?

Modification du lien avec l'épouse

Sur ce thème, nous avons posé une seule et unique question qui était : "Durant la grossesse, l'amour et l'affection envers votre épouse ont-ils augmenté, diminué ou sont-ils demeurés inchangés ?". Les réponses obtenues ont été : "augmenté" : 55,6%; "diminué" : 0,9%; "inchangé" : 41,9%.

On s'attend à ce que l'amélioration du lien aille de pair avec une amélioration de la sexualité ou tout au moins avec une diminution moins marquée du désir et de la fréquence. Nous trouvons des résultats (tableau 22 en annexe) qui vont dans ce sens, mais qui, néanmoins, ne sont pas suffisamment significatifs pour que cette attente puisse être dite confirmée.

En conclusion, nous continuons à penser que les modifications du lien affectif doivent jouer un certain rôle dans la sexualité, mais que nous n'avons pu clairement le démontrer. Peut-être aurait-il fallu poser des questions plus fines permettant de mieux cerner le sujet, ou est-il préférable de se rapporter à une approche clinique.

Peurs de la femme

Une fois encore, nous nous rapporterons à notre précédente étude (29) pour rappeler que les femmes qui ne signalent aucun changement psychologique gardent le

comportement sexuel le plus stable et que celles qui ont peur de nuire à l'enfant diminuent, surtout au 2ème et au 3ème trimestre, leurs performances sexuelles. Dans cet échantillon, 63% des femmes étaient inquiètes pour leur enfant, 22% craignaient l'effet mécanique du pénis, 16% d'accoucher prématurément, 6% de rendre l'enfant anormal. Nous concluons que les peurs de la femme constituaient un paramètre très important parmi ceux qui influencent le comportement sexuel de la femme pendant la grossesse.

Nous avons à envisager tout d'abord, dans ce travail-ci, quelles sont les répercussions des peurs de la femme sur la sexualité de l'homme. 43,6% des hommes disent que leur épouse n'avait pas peur des relations sexuelles durant la grossesse, tandis que 46,2% répondent qu'elle avait "un peu" peur et 6,8% qu'elle avait "beaucoup" peur.

En examinant le désir et la fréquence sexuels de l'homme (tableau 23 en annexe), nous ne trouvons pas ce que nous serions enclins à attendre, c'est-à-dire une diminution plus marquée lorsque la femme a peur. Les résultats obtenus semblent en effet soit peu significatifs, soit même parfois contradictoires. Nous nous poserons plus loin la question de savoir si les peurs de la femme sont en interaction avec les peurs de l'homme. Nous verrons que c'est le cas, ce qui laisse entendre que les peurs de la femme influencent la sexualité de l'homme dans la mesure où, lui aussi, il participe à ces peurs.

7 - Influence des peurs éprouvées par l'homme

Etant donné que la sexualité est en rapport avec les facteurs psychologiques, nous avons demandé aux hommes s'ils étaient anxieux lors des rapports sexuels et leur avons posé une série de questions sur les peurs que nous supposons survenir durant la grossesse :

Tableau 24

	Non	Un peu	Beaucoup	SR/NP
Aviez-vous peur pour votre enfant ?	44,4	43,6	8,5	3,4
Etiez-vous inquiet lors des relations sexuelles ?	56,4	36,8	4,3	2,6
Aviez-vous peur de blesser votre enfant avec votre sexe ?	65,0	24,8	6,8	3,5

Aviez-vous peur que les relations sexuelles déclenchent une fausse-couche ?	73,5	13,7	11,1	1,8
Aviez-vous peur que les relations sexuelles rendent l'enfant anormal ?	84,6	12,8	0	2,6
Aviez-vous peur que les relations sexuelles déclenchent un accouchement prématuré ?	75,2	17,9	4,3	2,6
Aviez-vous peur que les relations sexuelles provoquent une infection ?	78,6	17,9	0	3,4

Chaque question a été corrélée avec le comportement sexuel de l'homme pendant la grossesse (tableaux 25 à 32 en annexe).

Nous nous proposons de faire à propos des peurs de l'homme les commentaires suivants :

- Les peurs pour l'enfant, peurs non définies précisément, sont partagées par un peu plus de la moitié des hommes de notre échantillon (52,1%), ce qui représente un pourcentage un peu moins élevé que celui constaté chez les femmes que nous avons interviewées lors de notre précédente enquête (63%). Nous rappellerons encore que les peurs pour l'enfant semblaient jouer un rôle au 2ème et 3ème trimestre en diminuant globalement la sexualité chez la femme. Chez l'homme, les peurs influencent le désir sexuel aux trois trimestres et la fréquence au 1er et 2ème trimestre dans le sens d'une diminution.
- L'inquiétude lors des relations sexuelles agit tout-à-fait de même sur la sexualité (diminution du désir dans les trois trimestres et de la fréquence au 1er et 2ème trimestres).
- Nous pouvons démontrer que l'inquiétude lors des relations sexuelles est beaucoup plus fréquentes lorsque sont signalées des peurs pour l'enfant. Cette corrélation tend à confirmer que les peurs pour l'enfant ont des répercussions sur la sexualité, au moins par le biais de l'anxiété lors des relations sexuelles.
- Les autres questions ont un point commun, celui d'une connotation négative de la sexualité, voire une connotation sadique de la pénétration, comme surtout dans la peur de blesser l'enfant avec le pénis. Cette peur-ci, apparaissant chez près d'un tiers des hommes, est en relation avec une diminution du désir dans les trois trimestres et de la fréquence au 1er et 2ème trimestre.

Comme on s'y attend, la peur que les relations sexuelles déclenchent une fausse-couche est corrélée avec une diminution du désir et de la fréquence au 1er trimestre. Cette diminution du désir persiste pourtant aux deux trimestres suivants, de même celle de la fréquence au 2ème trimestre, alors que le risque réel d'une fausse-couche est dépassé.

La peur que les relations sexuelles déclenchent un accouchement prématuré agit sur le désir non seulement au 3ème trimestre mais durant toute la grossesse et sur le nombre des relations sexuelles, au premier trimestre seulement.

Nos corrélations montrent que la peur que les relations sexuelles rendent l'enfant anormal va de pair avec une diminution du désir tout au long de la grossesse et de la fréquence dans les deux premiers trimestres.

Quant à la peur que les relations sexuelles provoquent une infection, elle ne peut être corrélée ni avec une modification du désir, ni avec une modification de la fréquence. Ce résultat surprend d'autant plus que les gynécologues motivent souvent leur interdiction d'avoir des relations sexuelles par le risque d'infection et cette considération renvoie au chapitre où est envisagé l'impact du gynécologue sur la sexualité de l'homme.

- Il est encore intéressant de demander aux hommes s'ils font eux-mêmes une relation entre leurs peurs et leur comportement sexuel. Voici comment ils ont répondu à la question : "Vos peurs ont-elles influencé votre sexualité ?"

- Oui	29,9%
- Non	29,1%
- Pas de peurs	26,5%
- NP	12,8%
- Pas de relations sexuelles	1,7%

Le nombre de réponses non pertinentes est élevé (12,8%) : en dépouillant les questionnaires, nous avons constaté que nombreux ont été ceux qui avaient signalés des peurs, tout en répondant à cette question qu'ils n'en avaient pas eues. On pourrait démontrer que ceux qui disent que leurs peurs n'ont pas influencé leur sexualité ont diminué le nombre de leurs relations sexuelles au premier trimestre plus souvent que ceux qui n'ont pas eu de peurs (29,4% contre 16,1%), ce qui laisse entrevoir que la relation entre peurs et comportement sexuel n'est pas toujours consciente (tableau 33 en annexe).

- Plus haut, nous avons vu que les femmes, elles aussi, avaient des peurs mais nous n'avons pu clairement mettre en évidence l'influence des peurs de la femme sur des variables telles que le désir et la fréquence des relations sexuelles. Il paraît cependant intéressant d'examiner la concordance éventuelle des peurs chez les deux partenaires du couple.

La présence ou l'absence de peurs chez la femme semble tout d'abord pouvoir être mises en relation avec l'inquiétude lors des relations sexuelles chez l'homme : plus la femme a peur, plus l'homme est inquiet lors des relations sexuelles (tableau 34 en annexe).

Il en va de même pour la concordance entre peurs de la femme et modifications sexuelles dues aux peurs chez l'homme : plus la femme a peur, plus la sexualité de l'homme est modifiée par les peurs (tableau 35 en annexe).

- En conclusion sur ce chapitre des peurs, nous soulignerons leur importance qui se marque non seulement par une fréquence d'apparition élevée mais encore par des répercussions très significatives sur le comportement sexuel de l'homme. Il semble encore que les deux partenaires du couple ont tendance à participer à ces peurs, puisqu'on a pu montrer que les peurs de la femme ont une relation avec l'anxiété de l'homme lors des relations sexuelles et qu'elles sont en corrélation avec des variations du comportement sexuel de l'homme. Cette remarque serait d'importance à propos de la psychoprophylaxie obstétricale : si une telle approche veut inclure dans ses objectifs celui de rassurer les couples au sujet de la sexualité durant la grossesse, il semble qu'elle doit avoir un impact direct sur l'homme aussi bien que sur la femme.

8 - Syndrome de Couvade

Nous ne reviendrons pas sur les notions historiques, anthropologiques, ethnologiques et psycho-pathologiques de ce syndrome, ni sur les enquêtes qui en ont traité : nous l'avons fait dans l'introduction et la partie consacrée à la littérature. Notre contribution à ce syndrome se limitera à la fréquence d'apparition des symptômes de prise de poids et de troubles digestifs au sein de notre échantillon, puis, comme d'habitude, nous tenterons une corrélation avec la sexualité pendant la grossesse.

A la question de la prise de poids et des ennuis digestifs (aucun homme n'a eu de maux de dents), voici comment il a été répondu :

Prise de poids
durant la grossesse

Aucune	78,6%
1-2 kg	10,3%
2-5 kg	8,5%
6-10 kg	0,9%
SR	1,7%

Ennuis digestifs
durant la grossesse

Aucuns :	78,6%
Apparus durant	
la grossesse :	6,8%
Troubles digestifs	
avant et pendant la	
grossesse :	13,6%
SR :	0,9%

Nous avons ensuite formé deux groupes. Le premier est constitué par les hommes qui n'ont eu aucun symptôme de la Couvade (73,9%) et l'autre groupe par ceux qui ont présenté soit une prise de poids, soit des troubles digestifs apparus en cours de grossesse, soit les deux symptômes. Ce groupe forme un pourcentage de 26,1%, qui correspond au pourcentage rencontré dans d'autres enquêtes.

On remarque (tableau 36 en annexe) que le désir est dans les trois trimestres très légèrement diminué lorsque les symptômes de Couvade sont présents. La différence entre les deux groupes est cependant trop faible pour qu'il soit possible d'affirmer que Couvade et désir sexuel ont une relation entre eux.

Mais en ce qui concerne la fréquence des relations sexuelles, on voit que celle-ci est nettement diminuée dans les trois trimestres lorsque les symptômes de Couvade sont signalés (la différence entre les deux groupes est cependant moins marquée au troisième trimestre).

Ainsi donc à ce qui a été dit à propos de la conflictualité intra-psychique chez les hommes qui présentent le syndrome de Couvade, nous ajouterons, pour notre part, qu'au niveau comportemental et d'un point de vue quantitatif, cette conflictualité s'accompagne d'une baisse de la fréquence des relations sexuelles durant la grossesse (ce qui s'accorde avec l'avis d'Haynal (18)).

9 - Influence de l'information

Information médicale

Dans l'idée de mesurer l'impact de l'information médicale sur le comportement sexuel, nous avons posé les questions suivantes :

- Le gynécologue a-t-il donné des conseils sur la sexualité pendant la grossesse ?
 - Oui : 41,9%
 - Non : 49,6%
 - Ne sait pas / SR : 8,5%
- Si oui, lesquels ?
 - Ne rien changer : 14,5%
 - Arrêter 6 semaines avant l'accouchement : 18,8%
 - S'abstenir durant toute la grossesse : 3,4%
 - Plusieurs conseils : 4,3%
 - Autres conseils : 0,9%
 - NP : 58,1%
- Avez-vous suivi l'avis du gynécologue ?
 - Oui : 29,9%
 - Non : 2,6%
 - Plus ou moins : 9,4%
 - NP : 58,1%

Dans environ 40% des cas, les gynécologues ont donc donné des conseils. Il semble qu'ils le font de plus en plus souvent, puisqu'en 1973, lors de notre précédente enquête (29), 30% des femmes avaient reçu un avis médical sur ce sujet.

Au niveau de leur contenu, ces conseils sont le plus fréquemment "de ne rien changer" ou bien "de s'abstenir durant les 6 dernières semaines". La signification du conseil qui incite le couple à ne rien changer semble pouvoir être éclairée par les résultats du comportement sexuel que dessine notre enquête : seulement 5% des hommes ne signalent aucune diminution à la fréquence des relations sexuelles au cours de toute la grossesse. "Ne rien changer" semble devoir être alors compris comme une mesure de réassurance, une autorisation, une dédramatisation de la sexualité et non pas un conseil qui peut être aisément suivi. Nous remarquerons encore que l'abstention des relations sexuelles durant les 6 dernières semaines doit être un avis diffusé non seulement par les gynécologues (18,8% des couples ont reçu ce conseil du gynécologue) mais encore par d'autres moyens d'information, puisque ce sont 40,2% des couples qui ont cessé leurs relations sexuelles complètes à cette date-là. Mais l'avis que donne le gynécologue a un impact très grand puisqu'il est presque toujours suivi (dans la mesure où l'on peut se fier aux réponses données). Cette remarque laisse penser que, dans l'éventuelle nécessité d'informer les couples sur la sexualité pendant la grossesse, le gynécologue est bien placé pour remplir ce rôle.

Nous avons enfin tenté de mettre en évidence l'influence des conseils du gynécologue sur le comportement sexuel de l'homme en comparant le groupe qui a reçu un avis médical et celui qui n'en a pas reçu (tableau 37 en annexe).

Comme les gynécologues donnent comme avis principaux de ne rien changer ou de s'abstenir durant les six dernières semaines, on s'attend à trouver une diminution moins grande des relations sexuelles au moins au premier et au deuxième trimestre dans le groupe qui a reçu des conseils. Nous trouvons en réalité des résultats plutôt contraires à cette attente. Nous rappellerons que nous avons obtenu des résultats tout aussi paradoxaux avec les femmes lors de notre précédente enquête (29). Ici néanmoins nous ne nous permettrons pas de tirer des conclusions à propos de résultats que la méthodologie de notre travail ne permet pas de préciser avec une sûreté suffisante puisque nous ne pouvons estimer la déformation que subissent éventuellement les conseils donnés par les gynécologues au moment où ils sont transmis par la femme à l'homme.

Cours de psycho-prophylaxie obstétricale

Depuis plusieurs années à Genève, les maris sont en général associés aux cours de psycho-prophylaxie obstétricale. Ils sont invités pour une ou deux séances à la fin du cours et fréquemment des conseils sur la sexualité pendant la grossesse sont donnés. C'est l'impact de ces conseils que nous désirons envisager.

Dans notre échantillon, 36,8% des hommes disent avoir reçu une information concernant la sexualité pendant la grossesse dans un cours de psycho-prophylaxie obstétricale.

Ce pourcentage de 36,8% inclut des hommes qui ont reçu ce type d'information soit durant la grossesse qui vient de se dérouler, soit lors d'une précédente grossesse. Mais en tenant compte qu'il y a donc dans ces 36,8% des hommes qui viennent de suivre ces cours pour la première fois, c'est-à-dire durant le troisième trimestre de la grossesse, nous ne pouvons envisager l'influence de l'information reçue sur la sexualité qu'au troisième trimestre (tableau 38 en annexe).

L'information sexuelle obtenue dans les cours de psycho-prophylaxie obstétricale est en relation avec une diminution du désir et de la fréquence sexuelle. (L'augmentation de la fréquence survient dans des pourcentages si faibles qu'il ne semble pas possible de la prendre en considération). Comme on peut penser que ces conseils sont très semblables à ceux que donnent les gynécologues ("ne rien changer" ou "arrêter six semaines avant l'accouchement"), notre surprise sera moins grande car ce résultat est au fond analogue à celui rencontré dans les corrélations entre conseils du gynécologue et comportement sexuel. Néanmoins différentes questions peuvent

être posées : y a-t-il intervention d'autres variables ?
Y a-t-il des différences qualitatives entre les cours ?

Autres informations

Dans notre échantillon, 21,1% des hommes ont reçu une information au sujet de la sexualité pendant la grossesse venant de leurs parents, 14,5% de leurs amis, 42,7% de lectures. Si nous formons un groupe de ceux qui ont obtenu une information dans les cours de psycho-prophylaxie obstétricale, de leurs parents, de leurs amis ou de lectures et un groupe de ceux qui n'ont reçu aucune de ces informations, en comparant le comportement sexuel de ces deux groupes, on trouve que ces deux groupes sont très semblables, bien qu'on observe néanmoins une diminution légèrement plus marquée du désir et de la fréquence au troisième trimestre dans le groupe qui n'a reçu aucune information (tableau 39 en annexe).

Autres remarques sur l'information

Quelques autres points se dégagent encore : en grande majorité, les hommes de notre échantillon estiment que leur information au sujet de la sexualité pendant la grossesse est suffisante. Ce n'est pas le cas pour 14,5% d'entre eux. Curieusement, cette estimation est indépendante du fait que le couple a déjà des enfants, mais par contre, les Italiens trouvent que leur information est insuffisante deux fois plus fréquemment que les hommes d'autre nationalité. D'un point de vue socio-professionnel, ce sont les ouvriers qui estiment leur information insuffisante à nouveau deux fois plus souvent que les hommes appartenant à une autre classe sociale. La portée de ces remarques est une fois de plus à tempérer du fait que les différents groupes sont faiblement représentés en nombre.

B. CAS CLINIQUES ET ESSAI DE COMPREHENSION PSYCHO-DYNAMIQUE

Neuf pères se sont prêtés au jeu de l'interview, interview sur la sexualité pendant la grossesse et qui se situait quelques jours après l'accouchement. Neuf expériences différentes avec pourtant des traits communs que nous allons tenter de mieux comprendre.

Cas No 1

Il a 24 ans, est employé d'Etat et c'est son premier enfant. Dans ses antécédents, rien de notable, en particulier pas de troubles sexuels. Les relations sexuelles ont diminué de fréquence vers le 2ème et le 3ème mois puis ont cessé vers le 6ème - 7ème mois. C'est surtout son désir qui a diminué et il ne sait pas pourquoi. Il faut lui poser des questions précises pour savoir que ce sont ses peurs qui sont en partie responsables de cette diminution. En effet, il a eu peur de blesser son enfant "dès que ça a commencé à prendre forme" et il avait peur aussi de faire "des mouvements incontrôlés". Son épouse semble avoir participé aux mêmes craintes que lui, ce qui fait qu'ils ont arrêté les relations sexuelles d'un commun accord, bien que la lecture de livres n'ait pas enlevé les peurs. L'enfant donc, dans le ventre de son épouse a réveillé en lui des fantasmes habituellement contrôlés, c'est-à-dire refoulés, et ce sont semble-t-il les premiers mouvements de l'enfant qui mettent en échec le refoulement. Il se souvient d'avoir été à ce moment-là "impressionné". Il dit : "on sent qu'il est là et on fait attention" et ajoute "quand on sent soi-même (il veut dire quand on peut mettre la main sur le ventre et sentir les mouvements) on voit qu'il y a quelque chose de vivant", comme si pour lui sentir c'était voir et signifiait savoir.

Cas No 2

Par contraste, dans ce cas-là, l'émergence des fantasmes sadiques a été maîtrisée. Le désir ne s'est pas modifié, tout au cours de la grossesse et le couple a arrêté d'avoir des relations sexuelles durant les six dernières semaines, suivant en cela l'avis du gynécologue. Il y a peut-être eu seulement une diminution de la variété dans les positions sexuelles et le couple, à la fin de la grossesse, a augmenté la pratique de caresses réciproques. Cet agent de police ne pense pas

qu'il ait eu des peurs, ce qui ne veut pas dire qu'il ne s'est pas posé de questions : "quelle influence ça peut bien avoir ?". Mais influence sur qui, sur quoi ? Il a de la peine à répondre, il est vague : peut-être sur l'enfant, peut-être qu'il aurait pu faire mal à sa femme et puis il a pensé que non, que ce n'était pas dangereux, mais il a pourtant, par l'intermédiaire de son épouse, posé la question au gynécologue et celui-ci semble avoir eu un impact assez grand : "il a confirmé qu'il ne fallait rien changer". Cet homme a donc eu lui aussi quelques craintes, a donc lui aussi ressenti que la sexualité était peut-être potentiellement dangereuse. Mais il en est resté au stade des questions et des doutes et il a pu rationaliser. Ces rationalisations ont été renforcées par la gynécologue puisque celui-ci a donné un avis qui allait dans le sens de la suppression de ses doutes et a d'autre part probablement joué le rôle d'une autorité déculpabilisante, l'avis du gynécologue étant aussi une autorisation.

Cas No 3

C'est un technicien âgé de 35 ans marié depuis 10 ans. Le couple n'a pas eu d'enfants et il n'en espérerait plus après toute une série d'exams, tant de l'épouse que du mari, qui étaient restés sans résultat tangible. Le mari s'était donc résigné, bien que 5 ans auparavant il y ait eu une fausse-couche et que de son côté à lui il estime avoir toujours eu une libido basse. Cette grossesse a donc été une surprise, mais même après l'accouchement, un accouchement tout à fait réussi, il ne semble pas être sorti d'une certaine passivité. Tous ses sentiments semblent être contenus en lui. Son discours a même une teinte dépressive. Pendant la grossesse donc, le désir sexuel de cet homme a encore diminué et les relations sexuelles ont bien vite cessé vers le deuxième trimestre. Le couple n'a pas pratiqué de caresses réciproques mais lui il s'est masturbé, rarement, au troisième trimestre. Il dit que la fausse-couche vécue antérieurement a entraîné en lui une certaine peur pour l'enfant et l'a incité à la prudence. Il craignait d'être désagréable, aussi bien à sa femme qu'à son futur enfant, il craignait de le "bousculer" et c'est pour cela que dans les relations sexuelles, "il y allait plus doucement". On retrouve donc là, comme pour le cas No 1 et pour le cas No 2 une peur ou des questions qui se rapportent à l'enfant. Crainte de destruction vis-à-vis de cet enfant rival, la troisième personne de la triade oedipienne, comme le père était le rival durant l'enfance. L'émergence de cet affect destructeur est inhibé ou plus exactement mis de côté en cessant les relations sexuelles (cas No 1 et 3) ou bien rationalisé avec l'appui du gynécologue (cas No 2). C'est bien la peur du sadisme qui a

en effet produit l'interruption des relations sexuelles et non pas tellement la crainte de la fausse-couche : il aurait été aisé de montrer la contradiction entre cette crainte de provoquer une fausse-couche, fausse-couche qui se produirait au premier trimestre, et le fait qu'il a continué d'avoir des relations sexuelles durant ce premier trimestre, alors qu'il les a arrêtées durant les deux trimestres suivants.

Cas No 4

Ici par contre, on verra que ce sont réellement les antécédents obstétricaux qui conditionnent la sexualité pendant la grossesse. Cet homme de 33 ans, dessinateur, a en effet eu un premier enfant il y a 5 ans qui est né prématurément et est décédé. Une deuxième grossesse a été menée à terme il y a deux ans, mais l'enfant est décédé à l'âge de 3 mois des suites d'une vaccination. Durant cette deuxième grossesse, le couple déjà n'avait eu aucune relation sexuelle pendant les 9 mois. La grossesse qui vient de se dérouler s'est conclue par l'accouchement d'un enfant bien portant, mais la femme a dû être alitée pendant les quatre derniers mois, en raison d'œdèmes et d'hypertension. A nouveau, le couple s'est abstenu de toute relation sexuelle durant toute la grossesse et aussi de toute caresse réciproque. Le mari et son épouse ont lu de nombreux livres médicaux et ont demandé tous deux l'avis du gynécologue pour savoir si la sexualité était un facteur de risque et la conclusion a été positive. La crainte était donc que les relations sexuelles provoquent des hémorragies, entraînant un avortement ou un accouchement prématuré et "cette grossesse devait réussir". On voit bien ici que l'abstention des relations sexuelles résulte d'une décision et non pas tellement de craintes. Car en effet, cet homme a vu son désir sexuel persister au cours de la grossesse. C'est aussi la raison pour laquelle il s'est masturbé, et c'est peut-être aussi pourquoi il a fait plus de rêves à thème sexuel pendant la grossesse qu'auparavant. Il trouvait même que "plus sa femme est grosse, plus elle est attractive". On verra dans le cas suivant que les modifications du corps de la femme pendant la grossesse peuvent être ressenties d'une manière tout à fait différente.

Cas No 5

Ouvrier de 27 ans, marié depuis 5 ans. Tout de suite après le mariage, le couple a voulu avoir des enfants, mais il a fallu attendre deux ans. Cet homme avait des difficultés d'érection survenant assez souvent.

Il met spontanément en relation ses difficultés d'érection et les difficultés à avoir un enfant. Mais sa femme a été enceinte une première fois et il a cessé de se demander s'il était impuissant. Les difficultés d'érection ont persisté durant la grossesse, mais très vite le couple n'a plus eu de relations sexuelles d'un commun accord. Après cette première grossesse, les difficultés d'érection ont sensiblement diminué et est survenue une deuxième grossesse qui s'est mieux déroulée sur le plan sexuel d'après lui. Jusqu'au cinquième mois environ, il n'y a pas eu de changement, puis son épouse s'est sentie fatiguée, ce qui fait qu'elle a moins eu envie d'avoir des relations sexuelles. Lui, de son côté, dit avoir été très sensible au changement d'aspect physique de sa femme et que son désir a diminué pour cette raison-là. Préciser son vécu lui est difficile ("le fait de voir son épouse comme ça, ça diminue le désir") mais il arrive cependant à dire que ces modifications esthétiques survenant durant la grossesse lui renvoient une image de mère. Son vécu de la femme durant la grossesse semble révéler un fantasme inconscient qui amène peut-être à une compréhension de l'impuissance partielle présentée antérieurement : il s'agit du désir infantile d'inceste avec la mère et de son interdiction. En effet, même lorsque le corps de son épouse présente des lignes esthétiques désirables, c'est-à-dire autorisant les relations sexuelles, cet homme présente des difficultés d'érection qu'il associe à des doutes sur sa virilité, ce que nous pouvons interpréter, en se référant à la sexualité infantile, comme un désir d'avoir des relations sexuelles et des bébés avec la mère, ce qui entraîne une punition (castration symbolique qui s'exprime par une impuissance). Tout devient plus clair pendant la grossesse : la femme qu'il croyait permise à son désir lui apparaît, par les modifications de son corps, dans sa dimension cachée, celle de mère interdite.

Cas No 6

Il s'agit d'un électricien de 33 ans qui frappe durant tout l'entretien par son anxiété. Il raconte que son épouse a eu une fausse-couche il y a une année et demi, que, durant la grossesse qui vient de s'écouler, il a suivi l'avis du gynécologue, c'est-à-dire qu'il a arrêté d'avoir des relations sexuelles avec son épouse 6 semaines avant la date prévue de l'accouchement "pour le bien du bébé", mais qu'en réalité, le nombre de ses relations sexuelles a diminué dès le 6ème mois. Vers le 4ème ou 5ème mois, il a commencé à avoir peur pour son bébé. C'était une peur imprécise. En posant des questions, il dit qu'il pensait à un risque d'infection ou au risque de blesser l'enfant. Ces peurs n'ont pas tellement diminué son désir, mais surtout la fréquence. Quant aux premiers mouvements, ils n'ont pas influencé la sexualité, mais

c'était un moment important. "Depuis là, il n'osait même pas le toucher" ("le toucher" : toucher le ventre, c'est-à-dire l'enfant). D'autre part, il ajoute : "j'ai toujours eu une mauvaise digestion, les intestins très nerveux, mais depuis que l'enfant est né, je suis moins nerveux et je n'ai plus de douleurs; je n'ai plus ces crampes que j'avais au ventre... c'est une délivrance !". L'inconscient parle. Il a accouché. On aimerait bien sûr en savoir plus, plus qu'un seul entretien peut nous apprendre. En particulier dans une perspective psychosomatique, il s'agirait d'avoir davantage de renseignements sur ces crampes abdominales. Néanmoins, la sexualité de cet homme, anxieux, par ailleurs éjaculateur précoce tant avant que pendant la grossesse, s'est modifiée en fonction du vécu de l'enfant, un enfant si fragile et précieux qu'il n'osait même pas le toucher, qu'il avait peur d'infecter et de blesser, un enfant qu'il a porté longtemps dans son ventre, un ventre qui disait son désir inconscient de grossesse (on se rappellera à ce sujet que la théorie psychanalytique dit que, résultat des théories sexuelles infantiles, l'inconscient fait l'équation enfant = selles = pénis).

Cas No 7

Il s'agit d'un gardien de piscine de 32 ans, qui dans le contact, apparaît comme inhibé, quelque peu dépressif. Les circonstances dans lesquelles il vient d'avoir son premier enfant sont très conflictuelles. En effet il est marié et la procédure de divorce n'est pas encore tout à fait terminée. Il a eu cet enfant avec une amie qui a désiré garder l'enfant. Lui de son côté, a en quelque sorte subi cette décision, n'osant pas dire ni non, ni oui. Il songe se marier, dès qu'il le pourra, avec la mère de son enfant. Sur le plan sexuel, il a de tout temps souffert d'une éjaculation précoce et les relations sexuelles avec son amie ont cessé dès le 3ème mois, c'est-à-dire dès que la décision de poursuivre la grossesse a été affirmée. Il dit qu'il n'avait plus aucun désir sexuel, ce qu'il justifie en disant "qu'il s'était mis dans la tête que lorsqu'une femme est enceinte, il ne faut plus avoir de rapports, parce que ça peut déranger, faire des problèmes pour l'enfant, par exemple une fausse-couche" et, il ajoute qu'il craignait que "les relations sexuelles fichent tout en l'air, fassent du mal à l'enfant". Durant toute la grossesse, il a été anxieux, a eu de nombreux soucis, et depuis trois mois il a consulté un interniste pour des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des palpitations qui ont été diagnostiqués comme hypertension artérielle, avec une tension systolique se montant à 22 mm Hg (il ne connaît pas le chiffre de la tension diastolique). Cette hypertension a été traitée par des anxiolytiques et des hypotenseurs. Cet homme considère pendant

la période qui vient de s'écouler comme "une étape évolutive, un grand changement pour lui". Il trouve en effet que sa vie ne lui a laissé jusqu'à présent que des insatisfactions, en particulier parce qu'il ne s'est jamais réellement engagé vis-à-vis d'une femme. Mais maintenant il doit prendre ses responsabilités. Dans ce cas donc, en plus du divorce en cours, la grossesse a été vécue comme un conflit supplémentaire, puisqu'au fond, ce n'est pas lui qui a pris la décision et alors l'anxiété a dû trouver un exutoire sous forme de l'apparition d'une affection psycho-somatique. Néanmoins l'accès à la paternité est vécu comme un espoir, une possibilité de satisfactions futures et d'amélioration du fonctionnement personnel et interpersonnel. On doit cependant se poser la question de savoir si la grossesse a entraîné un changement structurel et si oui lequel : cliniquement, cet homme apparaît comme quelque peu immature, passif avec des traits phobiques (surtout phobie de l'agressivité s'exprimant au niveau du contact, de l'engagement dans une relation et par l'éjaculation précoce); l'accès à la paternité produira-t-il alors une réelle maturation de la personnalité, l'hypertension n'étant que momentanée, ou bien cet homme est-il en train de se structurer sur le mode psychosomatique, c'est-à-dire sur un mode plus économique au niveau conscient, mais en réalité non moins conflictuel ?

Cas No 8

Il s'agit d'un homme de 29 ans qui travaille dans le domaine commercial. L'enfant qui vient de naître a été désiré pendant deux ans, après arrêt de la pilule anti-conceptionnelle. Dès le début de la grossesse, l'épouse a vu son désir sexuel diminuer. Il en a été de même pour le futur père, ce qui fait que le couple a eu, tout au long de la grossesse, des relations sexuelles à raison d'une par mois environ. D'autre part, il n'a pas eu d'activité sexuelle de remplacement, ni de masturbation, ni de rêves à thème sexuel, ni de rêves concernant l'enfant. Au début de la grossesse, pendant une ou deux semaines, il a bien eu des peurs qu'il qualifie d'imprécises. Elles sont peut-être moins imprécises qu'il ne le dit puisqu'il s'agissait de la peur "d'abîmer quelque chose" et "d'agir sur l'enfant". Ces peurs ont néanmoins bien vite disparu, après que la question de la sexualité pendant la grossesse eut été posée au gynécologue qui a alors donné une réponse rassurante. La notion invoquée pour expliquer cette baisse de la sexualité est celle de "respect" : "je n'ai plus vu ma femme de la même façon, et ce n'était pas lié à l'esthétique. Je crois que c'est parce qu'elle était mère. Et quand une femme devient mère, ça se rajoute sur la valeur qu'on attribue à cette personne, alors le désir sexuel intervient moins, je ne l'ai plus ressenti. Mais je me réjouis de ce qui va recommencer après et j' imagine que ça va être plus fort". Il ajoute

plus loin : "et c'est bizarre, parce que ma femme et moi, nous avons eu un comportement renversé. J'ai fait la vaisselle, tout seul, sans qu'elle me dise que je devais la faire. Et ça a été le cas pour beaucoup d'autres choses". Il insiste ensuite sur l'importance des premiers mouvements de l'enfant qui bouge dans le ventre et qui dès lors "existe". Ayant jusqu'alors surtout suivi son discours, je lui ai demandé s'il avait eu des troubles digestifs durant la grossesse. Il a répondu qu'il avait des diarrhées depuis deux mois, un besoin pressant le matin au lever. Il n'y avait pas d'autres symptômes somatiques. Cet homme, père pour la première fois, a donc ressenti des symptômes appartenant au syndrome de Couvade. Dans son cas, il s'agissait de troubles intestinaux qui pourraient symboliser à la fois l'enfant dans le ventre qui bouge et les contractions utérines de l'accouchement. Nous retrouvons différents thèmes qui participent à l'apparition du syndrome de Couvade. En effet, le désir d'avoir un enfant était très marqué, peut-être d'autant plus marqué que l'attente a été de deux ans. Il y a eu au début de la grossesse, une très brève phase (très brève sans doute grâce à l'intervention rassurante et déculpabilisante du gynécologue) où le futur père a ressenti la sexualité dangereuse pour l'enfant. Il est d'autre part certain que la reviviscence inconsciente du tabou de l'inceste a joué un rôle inhibiteur sur la sexualité ("quand une femme est mère, le besoin sexuel intervient moins et on la respecte"), mais il s'est de plus identifié à sa femme : c'est ce qu'il nous dit en parlant de son comportement "renversé". On pourrait dire qu'il adopte un comportement aussi conforme que possible à son désir inconscient de grossesse et qui s'exprime par des troubles intestinaux, mais on pourrait également interpréter ce comportement comme un mécanisme d'identification à l'agresseur : en faisant tout pour lui plaire, il se met à l'abri des représailles de sa femme, mère, objet d'un désir incestueux, porteuse d'un bébé qu'il pourrait détruire, mais aussi femme-rivale puisqu'elle a, elle, l'enfant qu'il désirerait avoir, lui, dans son ventre.

Cas No 9

Ici, alors que la thématique est assez semblable, l'identification va se faire à l'enfant plutôt qu'à la mère. Il s'agit d'un étudiant en lettres de 26 ans, qui vient d'avoir son premier enfant. La grossesse a été acceptée après quelques hésitations de son côté. Avant ces derniers 9 mois, le couple avait des relations sexuelles fréquentes, presque quotidiennes. Dès qu'il a appris que sa femme était enceinte, son désir sexuel a immédiatement sensiblement diminué et, durant la grossesse, la fréquence des relations sexuelles a été d'une

fois tous les 15 jours à peine. Cette baisse de la sexualité semble lui être imputable, car l'épouse, même si elle a ressenti une légère baisse de son désir, aurait néanmoins voulu des relations sexuelles plus nombreuses. Il parle lui aussi d'une incompatibilité entre la sexualité et son vécu de la femme devenue mère. S'il n'a pas connu de peurs, ni présenté des symptômes de Couvade, son comportement vis-à-vis de son épouse a néanmoins changé : il s'est mis, par exemple, à être beaucoup plus attentif à la cuisine que faisait son épouse; il a cessé de sortir avec ses amis; il préférerait recevoir des caresses de sa femme (des caresses non sexuelles), alors que lui n'avait pas envie de lui en donner, ce qui a entraîné de petites disputes dans le couple, d'autant plus qu'il se refusait à avoir des relations sexuelles qu'elle proposait, son plaisir étant bien plus grand d'aller se blottir contre elle et de mettre la main sur son ventre pour "écouter le bébé". Dans ce cas, le vécu de la femme, devenue mère porteuse d'un enfant, a entraîné une identification à l'enfant. Il a abandonné son rôle d'homme adulte vis-à-vis de sa femme et, dans un mouvement régressif, a adopté celui d'enfant vis-à-vis d'une mère.

IV RESUME ET CONCLUSIONS

Notre enquête, portant sur 117 cas, démontre que le comportement sexuel de l'homme durant la grossesse varie dans le sens d'une diminution progressive du désir et de la fréquence au cours des trois trimestres. Les modifications de la sexualité sont telles qu'un très petit nombre de couples n'a pas connu de variations au cours de la grossesse. Très peu de troubles de la sexualité chez l'homme semblent cependant provoqués par la grossesse. Un tiers des couples adopte une position nouvelle, deux tiers pratiquent des caresses sexuelles en remplacement de relations sexuelles complètes et plus d'un tiers des hommes augmentent leurs pratiques masturbatoires. 12% d'entre eux établissent des relations extra-conjugales. Les rêves érotiques, enfin, augmentent quand la sexualité diminue.

Si le comportement sexuel durant la grossesse ne semble pas en relation avec les données sociologiques, la sexualité antérieure par contre influence la sexualité pendant la grossesse de la façon suivante : si la sexualité était bonne avant la grossesse, elle le reste; si elle était perturbée, elle se péjore durant la grossesse. Le nombre d'enfants ne joue un rôle qu'au niveau du désir qui reste plus constant lorsque le couple a déjà eu des enfants. Fausse-couche et interruption de grossesse survenues dans le passé diminuent le désir dans les trois trimestres et la fréquence au premier trimestre, en cas de fausse-couche, et surtout aux deuxième et troisième trimestre, en cas d'interruption de grossesse. L'influence majeure vient des peurs qui sont extrêmement fréquentes, diverses, en relation avec les fausses-couches, les interruptions de grossesse antérieures, la parité et en interaction avec celles de la femme. Les ennuis physiques de la femme, eux, ne semblent jouer un rôle qu'au premier trimestre. Quant aux modifications esthétiques du corps de la femme, elles sont fréquemment ressenties comme une gêne. Les premiers mouvements interviennent en diminuant globalement la sexualité dans plus de 40% des cas. Nous n'avons pu mettre en évidence une influence significativement positive de l'information, tant médicale (gynécologue, ASD) que de l'information venant de lectures, parents ou amis. En particulier, l'information semble ne pas

parvenir à diminuer les peurs. Des symptômes de Couvade apparaissent chez 26% des hommes et s'accompagnent d'une baisse de la fréquence sexuelle.

Une série de 9 entretiens cliniques a confirmé les modifications du comportement sexuel dessiné par l'enquête, a mis aussi en évidence le processus psychologique déclenché par la grossesse et les difficultés rencontrées par les hommes sur le chemin qui les conduit au sentiment d'être père. Durant la grossesse en effet, d'anciens conflits peuvent être réactivés et des troubles relationnels, psychologiques, psychosomatiques apparaître. Par exemple une connotation sadique de la sexualité masculine habituellement refoulée peut se faire jour et s'exprimer par la peur de blesser l'enfant ou la femme, d'où diminution du désir et de la fréquence sexuelle. On voit alors que le gynécologue peut parfois intervenir utilement par un conseil "de ne rien changer sur le plan sexuel", ce qui est compris comme une autorisation ou une déculpabilisation. La femme, devenue mère, peut réactiver fantasmatiquement ce qui était le désir incestueux de l'enfant vis-à-vis de sa propre mère, d'où interdiction des relations sexuelles. Un des hommes interrogés s'en défend en s'identifiant au rôle et au comportement de la femme : il se "féminise" à tel point durant la grossesse que son désir inconscient d'avoir un enfant va se manifester par les symptômes classiques de la Couvade. Un autre s'identifie à l'enfant et demande à son épouse des gratifications régressives, ce qui entraîne un conflit dans le couple. Une hypertension artérielle s'est déclarée chez un homme dont l'enfant a été conçu dans une situation très conflictuelle (il était en instance de divorce avec une autre femme).

Face à la procréation et en accédant à la paternité, l'homme traverse donc une période cruciale de son évolution psycho-affective qui aura de plus des répercussions futures, non seulement sur lui-même, mais encore sur l'équilibre du couple et de la famille. Cette dernière considération touche au domaine de la prévention : dans une perspective élargie, il s'agit de prévention dans le domaine de la santé et de la famille; dans une perspective restreinte à la sexologie, il s'agit de prévention des dysfonctions sexuelles du post-partum, qui sont, on le sait, relativement fréquentes. Dans cet ordre d'idées, on pourrait se demander si le gynécologue ne devrait pas s'habituer à voir l'homme dans ses consultations (comme il a l'habitude de le faire pour les problèmes de stérilité), au moins lorsqu'il discute avec sa patiente de sexualité pendant la grossesse, et si les cours de psychoprophylaxie obstétricale pourraient être donnés de manière plus personnalisée, afin de mieux tenir

compte des différents vécus et réactions psychologiques face à la grossesse, et avec une plus grande implication de l'homme. On pourrait encore envisager d'utiliser la présence de l'homme en salle d'accouchement ou parfois dans les consultations du post-partum dans l'intention de prévenir en particulier les dysfonctions sexuelles du post-partum. En effet, en nous appuyant sur les résultats de cette enquête et de cette série d'entretiens cliniques, nous pensons que quelques questions posées au père sur sa sexualité pendant la grossesse lui offriraient la possibilité d'exprimer non seulement les éventuelles difficultés sexuelles qu'il rencontre mais encore ouvriraient le dialogue sur la dimension psychologique, psychosomatique, relationnelle du vécu de la grossesse qui, comme nous l'avons dit, est de l'ordre d'un changement tant à un niveau personnel qu'interpersonnel, un changement qui le plus souvent reste du domaine du "non-dit".

V ANNEXES

a) Tableaux numériques

TABLEAU No 4 : Corrélation entre nationalité et sexualité pendant la grossesse.

D E S I R													
1er trimestre					2ème trimestre				3ème trimestre				
+	-	=	SR/NP		+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP	
N A T I O N A L I T E	CH (56,4)	12,1	7,6	78,8	1,5	4,5	18,2	72,7	4,5	3,0	37,9	56,1	3,0
	It.(11,1)	15,4	15,4	69,2	0	0	30,8	69,2	0	0	46,2	53,8	0
	Fr (17,1)	0	5,0	95,0	0	5,0	20,0	75,0	0	5,0	50,0	45,0	0
	Esp (5,1)	0	0	100,0	0	16,7	16,7	66,7	0	0	50,0	50,0	0
	Autre (8,5)	20,0	10,0	70,0	0	10,0	50,0	40,0	0	20,0	40,0	40,0	0
N A T I O N A L I T E	CH (56,4)	3,0	27,3	66,7	3,0	7,6	43,9	45,5	3,0	7,6	66,7	19,7	6,0
	It (11,1)	7,7	38,5	53,8	0	0	46,2	53,8	0	0	69,2	30,8	0
	Fr (17,1)	5,0	25,0	70,0	0	0	45,0	55,0	0	0	70,0	25,0	5,0
	Esp (5,1)	0	0	100,0	0	16,7	16,7	66,7	0	0	83,3	16,7	0
	Autre (8,5)	0	40,0	50,0	10,0	10,0	60,0	20,0	10,0	0	80,0	10,0	10,0
F R E Q U E N C E													

TABLEAU No 6 : Corrélation entre pratique religieuse et sexualité pendant la grossesse.

D E S I R											
		1er trimestre			2ème trimestre			3ème trimestre			
		+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP	+	-
PRATIQUE RELIGIEUSE	Régulière (11,1%)	7,7	0	84,6	7,7	7,7	15,4	69,2	7,7	0	46,2
	Irrégulière (26,5%)	12,9	19,4	67,7	0	3,2	25,8	71,0	0	6,5	48,4
	Sans prati- que (56,4%) SR (6,0%)	10,6	4,5	84,8	0	6,1	29,7	69,7	1,5	4,5	56,1
PRATIQUE RELIGIEUSE	Régulière (11,1%)	7,7	15,4	69,2	7,7	0	38,5	53,8	7,7	15,4	61,5
	Irrégulière (26,5%)	6,5	35,5	54,8	3,2	6,5	35,5	54,8	3,2	0	61,3
	Sans prati- que (56,4%) SR (6,0%)	1,5	28,8	68,2	1,5	6,1	48,5	43,9	1,5	3,0	75,8
F R E Q U E N C E											

TABLEAU No 9 : Corrélation entre désir sexuel avant la grossesse et désir sexuel pendant la grossesse.

		D E S I R									
		1er trimestre					2e trimestre				
		+		-		=	SR/NP		+		=
		11,9	3,4	83,1	1,7	5,1	11,9	78,0	5,1	1,7	33,9
											61,0
											3,4
		11,3	11,3	77,4	0	5,7	32,1	62,3	0	7,5	49,1
											43,4
		0	20,0	80,0	0	0	40,0	60,0	0	0	40,0
											0
											0

Toujours
présent
(50,4%)
Souvent
présent
(45,3%)
Rarement
présent
(4,3%)

DESIR
AVANT
LA
GROSSESSE

TABLEAU No 10 : Corrélation entre nombre de relations sexuelles avant et pendant la grossesse.

		F R E Q U E N C E									
		1er trimestre					2e trimestre				
		+		-		=	SR/NP		+		=
		2,6	33,3	61,5	2,6	5,1	46,2	46,2	2,6	7,7	76,9
											12,8
											2,6
		4,8	29,0	64,5	1,6	6,5	48,4	43,5	1,6	3,2	69,4
											21,0
		6,3	6,3	81,3	6,3	6,3	18,8	68,8	6,3	0	56,3
											37,5
											6,3

1 par
semaine ou
moins (33,3)
2 à 3 par
semaine
(53,0%)
4 par
semaine ou
plus (13,7%)

NOMBRE DE
RELATIONS
SEXUELLES
AVANT LA
GROSSESSE

TABLEAU No 12 : Corrélation entre nombre d'enfants et sexualité pendant la grossesse.

- 55 -

D E S I R													
		1er trimestre				2ème trimestre				3ème trimestre			
		+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP
NOMBRE D'ENFANTS	Aucun (45,3%)	11,3	9,4	77,4	1,9	3,8	26,4	66,0	1,9	5,7	47,2	43,4	3,8
	Un ou plusieurs (54,7%)	10,9	6,3	82,8	0	6,3	18,8	73,4	1,6	3,1	37,5	59,4	0
NOMBRE D'ENFANTS	Aucun (45,3%)	5,7	26,4	62,3	5,7	5,7	43,3	45,3	5,7	7,5	69,8	13,2	9,4
	Un ou plusieurs (54,7%)	3,1	28,1	68,8	0	6,3	43,8	50,0	0	1,6	70,3	26,6	1,6
F R E Q U E N C E													

TABEAU No 13 : Corrélation entre parité et peurs pour l'enfant.

		PEURS POUR L'ENFANT	
		Non (46,0%)	Oui (54,0%)
NOMBRE D'ENFANTS	Aucun (45,1%)	31,4	68,6
	Un ou plusieurs (54,9%)	58,1	41,9

n = 113 = 100%

TABLEAU No 15 : Corrélation entre fausse-couche et
peurs pour l'enfant.

		PEURS POUR L'ENFANT	
		Non (45,5%)	Oui (54,5%)
FAUSSE- COUCHE	Non (83,0%)	50,5	49,5
	Oui (17,0%)	21,1	78,9

n = 112 = 100%

TABLEAU No 17 : Corrélation entre interruption de grossesse et peurs pour l'enfant.

		PEURS POUR L'ENFANT	
		Non (46,4%)	Oui (53,6%)
INTERRUPTION DE GROSSESSE	Non (83,9%)	47,9	52,1
	Oui (16,1%)	38,9	61,1

TABLEAU No 18 : Corrélation entre désir de grossesse et sexualité pendant la grossesse.

- 61 -

D E S I R													
		1er trimestre				2ème trimestre				3ème trimestre			
		+	-	=	SR/VP	+	-	=	SR/VP	+	-	=	SR/NP
DESIR DE GROSSESSE	Volontaire (80,3%)	10,6	6,4	81,9	1,1	6,4	17,0	73,4	3,2	5,3	44,7	47,9	2,1
	Ambivalent- (19,7%)	13,0	13,0	73,9	0	0	43,5	56,5	0	0	30,4	69,6	0
DESIR DE GROSSESSE	Volontaire (80,3%)	4,3	25,5	67,0	3,2	4,3	41,5	51,1	3,2	2,1	74,4	17,0	6,4
	Ambivalent (19,7%)	4,3	34,8	60,9	0	13,0	52,2	34,8	0	13,0	53,2	34,8	0
F R E Q U E N C E													

TABLEAU No 21 : Corrélation entre satisfaction sexuelle de la femme et sexualité de l'homme pendant la grossesse.

[illegible]

TABLEAU No 23 : Corrélation entre peur de la femme et sexualité de l'homme pendant la grossesse.

D E S I R													
		1er trimestre				2ème trimestre				3ème trimestre			
		+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP
PEUR DE LA FEMME	Non (43,6%)	9,8	7,8	82,4	0	3,9	27,5	68,6	0	3,9	43,1	52,9	0
	Oui (53,0%) SR/NP : 3,5	11,3	6,5	82,3	0	6,5	17,7	72,6	3,2	4,8	41,9	51,6	1,6
PEUR DE LA FEMME	Non (43,6%)	7,8	19,6	72,5	0	9,8	41,2	49,0	0	3,9	76,5	19,6	0
	Oui (53,0%) SR/NP : 3,5	1,6	33,9	64,5	0	3,2	46,8	50,0	0	4,8	67,7	22,6	4,8
F R E Q U E N C E													

TABEAU No 27 : Corrélation entre peurs pour l'enfant et inquiétude lors des relations sexuelles.

PEURS POUR L'ENFANT	INQUIETUDE LORS DES RELATIONS SEXUELLES		SR/NP = 2,6%
	NON (56,4%)	OUI (41,1%)	
Non (44,4%)	38,5	5,1	
Oui (52,1%)	17,1	34,2	
SR/NP = 3,4%			SR/NP = 5,1%

TABLERU No 28

D E S I R													
1er trimestre				2ème trimestre				3ème trimestre					
+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP		
PEUR DE BLESSER	Non (65,0%)	7,9	3,9	88,2	0	7,9	15,8	75,0	1,3	3,9	36,8	57,9	1,3
	Oui (31,6%)	16,2	13,5	70,3	0	0	35,1	62,2	2,7	5,4	54,1	40,6	0
	SR/NP (3,5)												
PEUR DE BLESSER	Non (65,0%)	3,9	25,0	76,1	0	6,6	42,1	51,3	0	2,6	76,3	18,4	2,6
	Oui (31,6%)	5,4	32,4	62,2	0	5,4	51,4	43,2	0	8,1	62,2	27,0	2,7
	SR/NP (3,5)												
F R E Q U E N C E													

[illegible]

TABLEAU No 33 : Corrélation entre influence des peurs et sexualité pendant la grossesse.

- 75 -

D E S I R													
		1er trimestre				2ème trimestre				3ème trimestre			
		+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP
INFLUENCE DES PEURS	Oui (29,9%)	17,1	17,1	62,9	2,9	0	40,0	54,3	5,8	2,9	48,6	45,7	2,9
	Non (29,1%)	8,8	5,9	85,3	0	8,8	11,8	76,5	2,9	5,9	29,4	61,8	2,9
	Pas de peurs (26,5%) SR/NP (14,5%)	3,2	0	96,8	0	9,7	16,1	74,2	0	6,5	35,5	58,1	0
INFLUENCE DES PEURS	Oui (29,9%)	5,7	34,3	57,1	2,9	5,7	48,6	42,9	2,9	8,6	65,7	20,0	5,8
	Non (29,1%)	2,9	29,4	67,6	0	8,8	44,1	47,1	0	0	64,7	29,4	5,8
	Pas de peurs (26,5%) SR/NP (14,5%)	3,2	16,1	80,6	0	6,5	41,9	51,6	0	6,5	83,9	9,7	0
F R E Q U E N C E													

TABLEAU No 34 : Corrélation entre peurs de la femme et inquiétude de l'homme lors des relations sexuelles.

		INQUIETUDE DE L'HOMME	
		Non (57,5%)	Oui (42,5%)
PEURS DE LA FEMME	Non (45,1%)	64,7	35,3
	Oui (54,9%)	51,6	48,4

$n = 113 = 100\%$

TABLEAU No 35 : Corrélation entre peurs de la femme et modification de la sexualité de l'homme par les peurs.

		SEXUALITE DE L'HOMME MODIFIEE PAR LES PEURS	SEXUALITE DE L'HOMME NON MODIFIEE PAR LES PEURS
PEURS DE LA FEMME	Non (44,9%)	25,0	75,0
	Oui (55,1%)	42,6	57,4

$n = 98 = 100\%$

D E S I R													
		1er trimestre				2ème trimestre				3ème trimestre			
		+	-	=	SR/AP	+	-	=	SR/AP	+	-	=	SR/NP
C O U V A D E	Aucun symptome (73,9%)	9,4	7,1	82,4	1,2	3,5	21,2	72,9	2,4	4,7	40,0	52,9	2,4
	Un ou plusieurs symptomes (26,1%)	16,7	10,0	73,3	0	10,0	26,7	60,0	3,3	3,3	46,7	50,0	0
C O U V A D E	Aucun symptome (73,9%)	3,5	22,4	70,6	3,5	5,9	36,5	54,1	3,5	5,9	68,2	20,0	5,9
	Un ou plusieurs symptomes (26,1%)	6,7	40,0	53,3	0	6,7	63,3	30,0	0	0	73,3	23,3	3,3
F R E Q U E N C E													

TABLEAU No 38 : Corrélation entre information sexuelle reçue dans les cours de psycho-prophylaxie obstétricale (P.P.O.) et sexualité pendant la grossesse.

D E S I R													
		1er trimestre				2ème trimestre				3ème trimestre			
		+	-	=	SR/MP	+	-	=	SR/MP	+	-	=	SR/NP
INFORMATION SEXUELLE DANS COURS P.P.O.	Oui (36,8%)									4,7	48,8	44,2	2,3
	Non (63,2%)									4,1	37,8	56,8	0
INFORMATION SEXUELLE DANS COURS P.P.O.	Oui (36,8%)									6,8	75,0	13,6	4,5
	Non (63,2%)									2,7	67,1	24,7	5,4
F R E Q U E N C E													

TABLEAU No 39 : Corrélation entre information sexuelle reçue et sexualité pendant la grossesse.

D E S I R													
		1er trimestre				2ème trimestre				3ème trimestre			
		+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP	+	-	=	SR/NP
INFORMATION SEXUELLE	Oui (61,5%)	9,7	9,7	79,2	1,4	5,6	22,2	69,4	2,8	5,6	44,4	48,6	1,4
	Non (38,5%)	13,3	4,4	82,2	0	4,4	22,2	71,1	2,2	2,2	37,8	57,8	2,2
INFORMATION SEXUELLE	Oui (61,5%)	4,2	26,4	68,1	1,4	4,2	45,8	48,6	1,4	6,9	72,2	16,7	4,2
	Non (38,5%)	4,4	28,9	62,2	4,4	8,9	40,0	46,7	4,4	0	66,7	26,7	6,6
F R E Q U E N C E													

TABEAU No 40 : Corrélation entre nombre d'enfants et information.

		I N F O R M A T I O N		
		INSUFFISANTE (14,9%)	SUFFISANTE (70,2%)	TRES SUFFISANTE (14,9%)
NOMBRE D'ENFANTS	Aucun enfant (44,7%)	15,7	68,6	15,7
	Un ou plusieurs enfants (55,3%)	14,3	71,4	14,3

n = 114 = 100%

b) Questionnaire-type sur la vie sexuelle de l'homme
pendant la grossesse

Cocher la réponse qui paraît la plus juste.

Questions d'ordre général.

1. Quel est votre âge ?
 - ☐ moins de 25 ans
 - ☐ entre 25 et 30 ans
 - ☐ entre 31 et 39 ans
 - ☐ 40 ans et plus

2. Quelle est votre nationalité actuelle ?
 - ☐ Suisse
 - ☐ Italie
 - ☐ Espagne
 - ☐ France
 - ☐ Allemagne
 - ☐ Autre

3. Quel est votre état civil ?
 - ☐ Célibataire
 - ☐ Marié
 - ☐ Autre

4. Quelle est votre religion ?
 - ☐ Catholique
 - ☐ Protestante
 - ☐ Israélite
 - ☐ Musulmane
 - ☐ Autre
 - ☐ Sans

5. Comment pratiquez-vous votre religion ?
 - ☐ Régulièrement
 - ☐ Irrégulièrement
 - ☐ Pas de pratique

6. Quel est votre métier actuel ?
 - ☐ Sans, chômeur
 - ☐ Ouvrier
 - ☐ Artisan
 - ☐ Employé
 - ☐ Commerçant
 - ☐ Cadre, profession libérale
 - ☐ Etiduant
 - ☐ Profession médicale ou para-médicale

Questions sur la vie sexuelle antérieure à la grossesse :

7. Avez-vous des enfants
(de ce mariage ou d'un autre) ?
- ☐ Aucun
☐ Un
☐ Deux
☐ Trois
☐ Quatre et plus
8. Votre épouse a-t-elle eu une
fausse-couche auparavant ?
- ☐ Non
☐ Oui, une seule
☐ Oui, plus d'une
9. Votre épouse a-t-elle subi une
interruption de grossesse ?
- ☐ Non
☐ Oui, une seule
☐ Oui, plusieurs
☐ Je ne sais pas
10. Avez-vous eu auparavant un enfant
prématuré ?
- ☐ Non
☐ Oui, un seul
☐ Oui, plus d'un
11. Avez-vous eu auparavant un enfant
malformé ?
- ☐ Non
☐ Oui, un seul
☐ Oui, plus d'un
12. Avez-vous désiré la grossesse
actuelle de votre femme ?
- De mon côté, cette
grossesse était :
- ☐ Très attendue
☐ Volontaire
☐ Accidentelle
☐ Plus ou moins
désirée
☐ Je ne sais pas
13. Votre femme vient d'accoucher...
- ☐ A terme
☐ Au 7ème mois
☐ Au 8ème mois
☐ Au 9ème mois
deux semaines avant
la date prévue
☐ Deux semaines ou
plus après la date
prévue
☐ Je ne sais pas

14. Avez-vous assisté à l'accouchement ? ☐ Oui
☐ Non, je n'ai pas voulu
☐ Non, ma femme n'a pas voulu
☐ Non, on ne m'a pas autorisé
15. Comment était votre sexualité avec votre femme avant la grossesse ? ☐ Tout à fait satisfaisante
☐ Assez satisfaisante
☐ Pas du tout satisfaisante
16. Combien de relations sexuelles aviez-vous en moyenne par semaine avant la grossesse ? ☐ 1 par semaine ou moins
☐ 2 à 3 par semaine
☐ 4 et plus
17. Avant la grossesse, votre désir de ces relations sexuelles était... ☐ Toujours présent
☐ Souvent présent
☐ Rarement présent
18. Avant la grossesse, qui désirait ces relations sexuelles ? ☐ Vous
☐ Votre épouse
☐ Les deux
19. Avant la grossesse, aviez-vous des difficultés d'érections ? ☐ Non
☐ Oui, rarement
☐ Oui, souvent
20. Avant la grossesse, aviez-vous des éjaculations trop rapides ? ☐ Non,
☐ Oui, rarement
☐ Oui, souvent
21. Avant la grossesse, aviez-vous des éjaculations trop lentes ou impossibles ? ☐ Non
☐ Oui, rarement
☐ Oui, souvent

Questions concernant votre sexualité pendant la grossesse.

22. Votre désir sexuel au 1er trimestre de la grossesse, comparé à votre désir sexuel avant la grossesse... ☐ A augmenté
☐ A diminué
☐ Est resté égal

23. Votre désir au deuxième trimestre comparé à votre désir au premier trimestre...
() A augmenté
() A diminué
() Est resté égal
24. Votre désir sexuel au troisième trimestre comparé à votre désir sexuel au deuxième trimestre...
() A augmenté
() A diminué
() Est resté égal
25. Le nombre de vos relations sexuelles au premier trimestre de la grossesse, comparé à leur nombre avant la grossesse...
() A augmenté
() A diminué
() Est resté égal
26. Pendant le deuxième trimestre, comparé au premier trimestre, le nombre de vos relations sexuelles...
() A augmenté
() A diminué
() Est resté égal
27. Pendant le troisième trimestre, comparé au deuxième trimestre, le nombre de vos relations sexuelles...
() A augmenté
() A diminué
() Est resté égal
28. Avez-vous eu des difficultés d'érection pendant la grossesse ?
() Je n'ai pas eu ce problème pendant la grossesse
() Oui, ces difficultés sont apparues ou ont augmenté depuis le début de la grossesse
() Oui, ces difficultés sont apparues ou ont augmenté surtout vers la fin de la grossesse.
() Oui, mais au contraire, ces difficultés ont diminué (ou ont disparu) depuis le début de la grossesse.
() Oui, mais au contraire, ces difficultés ont augmenté (ou ont disparu) vers la fin de la grossesse.

29. Avez-vous eu des éjaculations trop rapides pendant la grossesse ?

- () Je n'ai pas eu ce problème pendant la grossesse.
- () Oui, ces difficultés sont apparues ou ont augmenté depuis le début de la grossesse.
- () Oui, ces difficultés sont apparues ou ont augmenté surtout vers la fin de la grossesse.
- () Oui, mais au contraire, ces difficultés ont diminué (ou ont disparu) depuis le début de la grossesse.
- () Oui, mais au contraire ces difficultés ont diminué (ou ont disparu) vers la fin de la grossesse.

30. Avez-vous eu des éjaculations trop lentes ou impossibles pendant la grossesse ?

- () Je n'ai pas eu ce problème pendant la grossesse.
- () Oui, ces difficultés sont apparues ou ont augmenté depuis le début de la grossesse.
- () Oui, ces difficultés sont apparues ou ont augmenté surtout vers la fin de la grossesse.
- () Oui, mais au contraire ces difficultés ont diminué (ou ont disparu) depuis le début de la grossesse.
- () Oui, mais au contraire ces difficultés ont diminué (ou ont disparu) surtout vers la fin de la grossesse.

Influence de votre comportement.

31. Pendant la grossesse, aviez-vous peur pour votre enfant ?

- () Non
- () Un peu
- () Beaucoup

32. Pendant la grossesse, étiez-vous inquiet lors des relations sexuelles ? ☐ Non
☐ Un peu
☐ Beaucoup
33. Aviez-vous peur de blesser l'enfant par votre sexe lors des relations sexuelles ? ☐ Non
☐ Un peu
☐ Beaucoup
34. Aviez-vous peur que les relations sexuelles déclenchent une fausse-couche ? ☐ Non
☐ Un peu
☐ Beaucoup
35. Aviez-vous peur que les relations sexuelles déclenchent un accouchement prématuré ? ☐ Non
☐ Un peu
☐ Beaucoup
36. Aviez-vous peur que les relations sexuelles rendent l'enfant anormal ? ☐ Non
☐ Un peu
☐ Beaucoup
37. Aviez-vous peur que les relations sexuelles provoquent une infection ? ☐ Non
☐ Un peu
☐ Beaucoup
38. Vos peurs concernant l'enfant ont-elles modifié votre sexualité ? ☐ Oui, elles l'ont modifiée
☐ Non, elles ne l'ont pas modifiée
☐ Je n'ai pas eu de peurs.
39. Avez-vous été gêné sexuellement par les modifications du corps de votre épouse ? ☐ Non
☐ Un peu
☐ Beaucoup
40. Avez-vous pris du poids pendant la grossesse de votre épouse ? ☐ Non
☐ Oui, 1 à 2 kg
☐ Oui, 2 à 5 kg
☐ Oui, 6 à 10 kg
☐ Oui, plus de 10 kg
41. Avez-vous eu des ennuis digestifs (mal de ventre, ballonnements, nausées, difficultés à digérer, diarrhées, vomissements, constipation) pendant la grossesse de votre épouse ? (souligner lesquels) ☐ Non
☐ Parfois
☐ Souvent

42. Aviez-vous déjà auparavant ces troubles ? ☐ Non
☐ Oui
☐ Pas d'ennuis durant la grossesse.
43. Avez-vous eu mal aux dents pendant la grossesse de votre épouse ? ☐ Non
☐ Oui, mais j'avais mal aux dents déjà avant la grossesse.
☐ Oui, j'ai eu mal aux dents depuis le début de la grossesse.

Influence de votre épouse.

44. Votre épouse a-t-elle eu durant sa grossesse des ennuis physiques (vomissements fréquents, nausées, douleurs lors des relations sexuelles, fatigue importante, prise de poids importante, menace de fausse-couche, autre maladie) ? (Souligner lesquels) ☐ Non
☐ Oui
45. A quel trimestre sont-ils survenus ? ☐ Pas d'ennuis
☐ 1er trimestre
☐ 2ème trimestre
☐ 3ème trimestre
☐ Durant toute la grossesse.
46. Pendant le premier trimestre, vous estimez que la satisfaction de votre épouse ... ☐ A augmenté
☐ A diminué
☐ Est restée égale
47. Pendant le deuxième trimestre, et comparé au premier trimestre, vous estimez que la satisfaction de votre épouse ... ☐ A augmenté
☐ A diminué
☐ Est restée égale
48. Pendant le troisième trimestre, et comparé au deuxième trimestre, vous estimez que sa satisfaction ... ☐ A augmenté
☐ A diminué
☐ Est restée égale

49. Les relations sexuelles pendant la grossesse faisaient-elles peur à votre épouse ?
() Non
() Un peu
() Beaucoup
50. D'après vous, la vie sexuelle pendant la grossesse s'est modifiée..
() Surtout à cause de vous.
() Surtout à cause de votre épouse.
() A cause des deux.
() Pas de changement.

Autres influences.

51. Les mouvements de l'enfant ont-ils modifié votre sexualité ?
() La sexualité a été plus fréquente depuis les premiers mouvements.
() La sexualité a été moins fréquente depuis les premiers mouvements.
() La sexualité est demeurée inchangée depuis les premiers mouvements.
52. Depuis quand considérez-vous votre enfant comme un être vivant ?
() Depuis la conception
() Depuis les premiers mouvements.
() Dès qu'il est viable
() Depuis la naissance.
() Je ne sais pas.
() Autre réponse :
laquelle ?
.....
53. Le gynécologue a-t-il donné des conseils ? (Plusieurs réponses possibles)
() Non, on n'a pas demandé
() Non, on a demandé, il n'a pas répondu
() Oui, de ne rien changer
() Oui, de changer de position
() Oui, de se limiter caresses
() Oui, de s'abstenir durant les six dernières semaines
() Oui, de s'abstenir déjà avant
() Je ne sais pas

54. Avez-vous suivi l'avis du gynécologue ?
- () Oui
 - () Non
 - () Plus ou moins
 - () Nous n'avons pas reçu de conseils.
55. Connaissez-vous personnellement le gynécologue de votre épouse ?
- () Non, je ne connais même pas son nom.
 - () Non, je connais seulement son nom.
 - () Oui, je lui ai parlé au téléphone.
 - () Oui, je l'ai vu personnellement à un autre moment que l'accouchement.
56. Quand avez-vous eu vos dernières relations sexuelles avant l'accouchement ?
- () Dans les deux jours avant l'accouchement.
 - () Dans la semaine avant l'accouchement.
 - () Dans les 6 semaines avant l'accouchement.
 - () Avant les 6 dernières semaines de la grossesse
57. Avez-vous reçu d'autres informations concernant la sexualité pendant la grossesse qui vous paraissent importantes ? (Plusieurs réponses possibles)
- () Aucune autre information
 - () Parents
 - () Amis
 - () Lectures
 - () Cours d'accouchement sans douleurs.
58. Vous estimez que votre information concernant la sexualité pendant la grossesse était ...
- () Suffisante
 - () Insuffisante
 - () Très suffisante
59. Lorsque le nombre de vos relations sexuelles a diminué, avez-vous pratiqué des caresses réciproques entre vous et votre épouse pour les remplacer ?
- () Le nombre de relations sexuelles n'a pas diminué (passer à la question 62).
 - () Non, nous n'avons pas pratiqué de caresses réciproques (passer à la question 62).
 - () Oui, c'étaient des caresses réciproques.
 - () Oui, c'étaient des caresses de l'homme sur la femme.

- () Oui, c'étaient des caresses de la femme sur l'homme.
60. Quand ?
- () Au premier trimestre
 - () Au 2ème trimestre
 - () Au 3ème trimestre
 - () 1er + 2ème trimestres
 - () 1er + 3ème trimestres
 - () 2ème + 3ème trimestres
 - () 1er + 2ème + 3ème trimestres.
61. Qui les a désirées ?
- () Vous
 - () Votre épouse
 - () Les deux
62. Avez-vous utilisé une position nouvelle ou inhabituelle durant la grossesse ?
- () Oui
 - () Non
63. La masturbation (plaisir par vous-même a-t-elle augmenté pendant la grossesse ?
- () Non
 - () Un peu
 - () Beaucoup
64. Avez-vous fait des rêves à thèmes sexuels pendant la grossesse ?
- () Souvent
 - () Rarement
 - () Je ne me rappelle pas (passer à la question 67)
65. Comparés à avant la grossesse ils étaient ...
- () Plus fréquents
 - () Moins fréquents
 - () Aussi fréquents
66. Quand avez-vous fait ces rêves ?
- () Pendant toute la grossesse
 - () Plutôt au début
 - () plutôt à la fin
 - () Je ne me rappelle pas
67. Avez-vous fait des rêves concernant l'enfant ?
- () Oui, agréables
 - () Oui, mais c'était plutôt des cauchemars
 - () Non
68. Durant la grossesse, l'amour et l'affection envers votre épouse ...
- () Ont augmenté
 - () Sont demeurés inchangés
 - () Ont diminué

69. La grossesse de votre épouse
a-t-elle favorisée une vie
extra-conjugale ?
- () Non
() Oui, c'est la première fois
() Oui, mais c'était déjà arrivé
70. Le fait de devenir (ou de
redevenir) père vous donne ...
- () Un sentiment de fierté
et de satisfaction.
() Un sentiment mitigé.
() Des soucis pour le futur
et pour les responsabi-
lités que cela comporte.
() Un autre sentiment :
lequel ?
.....
71. Le fait de remplir ce question-
naire vous a-t-il gêné ?
- () Pas du tout
() Un peu
() Beaucoup
72. Avez-vous des commentaires ou des suggestions qui
pourraient être utiles à nous médecins ?

VI BIBLIOGRAPHIE

1. BARTOVA D, KOLROVA O, et al : Sex life during pregnancy. *Cesk Gynecol.* 34 : 560-562, 1969
2. BISÉXUALITE ET DIFFERENCE DES SEXES. Nouvelle Revue de psychanalyse, vol 7, Gallimard, 1973
3. BUCOVE A : Post-partum psychosis in men. *Bull. of N.Y. Academy of Med*, 40, 961-971, 1964
4. CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE STRASBOURG : Le vécu de la paternité : commentaires d'une enquête. *Bulletin de psychoprophylaxie obstétricale.*
5. COLMEIRO-LAFORET C : Coito durante el embarazo. *Sexual Medica*, 1975. p 42-49.
6. CURTIS H.L : A psychiatric study of 55 expectant fathers. *U.S. Arm. Forces Méd. J.*, 6, 937-950, 1955
7. FAERGEMAN P.M : Fantasies of Menstruation in Men. *The Psychoanalytic Quarterly*. Vol XXIV, No 1, 1955
8. FORD C et BEACH F : Le comportement sexuel chez l'homme et l'animal. Trad. française : Ed. Robert Laffont, 1970
9. FREEMANN T : Pregnancy as a precipitant of mental illness in men. *Br. J. Med Psychol.*, 24, 49-54, 1951
10. FREUD S : Trois essais sur la théorie de la sexualité. Gallimard. 1962
11. GARRONE G et GEISENDORF W : Préface à Pasini W : Sexualité et gynécologie psychosomatique, Masson et Cie, 1974
12. GIRARDI N : Psicologia della donna gravida; problemi sessuali. Thèse 28/4579 : Università degli studi di Napoli, 1975-1976
13. GONDONNEAU J et GARNIER G : La sexualité de la femme enceinte. Ed. Balland, Bibliothèque du Planning familial; 1973
14. GRODDECK G : Le Livre du Ca. Gallimard, 1974.
15. GRODDECK G : La constipation comme résistance-type in : La Maladie, l'Art et le Symbole. Gallimard, 1969
16. GRODDECK G : Du ventre humain et de son âme. In : Lieux du corps, Nouvelle revue de psychanalyse, No 3, Gallimard, 1971

17. NATHAL A : L'Homme face à la reproduction, Médecine et Hygiène, 28 : 493-495, 1970
18. NATHAL A : Le Syndrome de Couvade. Annales médico-psychologiques, 126, 539-571, 1968
19. ISRAEL L and RUBIN I : Sexual relations during pregnancy and the post-delivery period, Sex Information and Education Council of the U.S., Study Guide No 6, New York, 1967
20. KLEIN M : Envie et gratitude. Gallimard, 1968
21. LEMOINE-LUCCIONI E : Partage des Femmes. Le Champ freudien. Ed. du Seuil, Paris, 1976
22. LIEBENBERG B : "Expectant Fathers", unpublished paper given at the annual meeting of the American Orthopsychiatric Association in Washington, DC, March, 1976
23. LIEF H : Medical Aspects of Human Sexuality. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1975
24. MASTERS W.H and JOHNSON V.B : Les réactions sexuelles. Ed. Laffont, 1968
25. MASCHERPA F et coll : La Sexualita in Gravidanza. Sessuologia No 1, gennaio-marzo 1978, p.88-90.
26. MEYEROWITZ J.H. : Satisfaction during pregnancy. Journal of marriage and the family, feb. 1970
27. MONEY J and HOSTA G : Negro Folklore of Male Pregnancy. In : The Journal of Sex Research. Vol 4, No 1-3, 1968, Swets and Zeitlinger B.V. Amsterdam, 1973
28. MULDWORF B : Le métier de père. Casterman poche, coll via, 1972
29. PASINI W et CHARBONNIER G : Vie sexuelle pendant la grossesse, in W. Pasini : Sexualité et gynécologie psychosomatique, Masson et Cie, 1974
30. PASINI W : Désir d'enfant et contraception, Casterman, 1974
31. PASINI W, KELLERHALS J : Le sens de l'avortement, Georg 1976
32. PROCHAZKA J et CERNOCH A : Coitus in pregnancy. Cesk. Gynekol 35 : 282-287, 1970
33. PUGH W.E, and FERNANDEZ F.L : Coitus in late pregnancy. Obstet. Gynecol 2 : 636, 1953
34. SIMON P et coll : Rapport sur le comportement sexuel des Français. Ed René Julliard/Pierre Charron, Paris, 1972

35. SOLBERG and coll : Sexual behavior in pregnancy, New Engl. Jour. of Med., May 24, 1973, p.1098-1103.
36. TOLOR A and DI GRAZIA P : Sexual Attitudes and Behavior Patterns During and Following Pregnancy. Archives of Sexual Behavior, Vol 5, No 6, 1976, Plenum Publishing Corporation.
37. TOWNE R.D. and AFTERMAN J : Psychosis in males related to parenthood. Bull. Meninger Clin. 19, 19-26, 1955
38. TRETHOWAN W.H and CONLON M.F : The Couvade Syndrome, Brit. J. Psych., 111, 57-66, 1965
39. TYLOR E.B : Researches into the early history of mankind. Murray London, 1865, p. 287-297
40. TYLOR E.B. : On a method investigating the development of institution applied to laws of marriage and descent. Journal of the Anthropological Institute (London) 18, 254-256, 1889
41. WAGNER N, SOLBERG D : Pregnancy and Sexuality. Medical Aspects of Human Sexuality, Vol VIII, No 3, March 1974, p. 44-66.
42. WINNICOTTD.W : Jeu et Réalité. Gallimard, 1975
43. ZILBOORG G : Depressive reaction related to parenthood. Amer. J. Psychiatry 10 : 927-962, 1931

